
CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA
TYPHOSE SYPHILITIQUE

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le Samedi 27 Juin 1914

POUR OBTENIR LE GRADE DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

MASSON Jules-Jean-Eugène

Ancien Interne des Hôpitaux

Lauréat de la Faculté

(Prix de l'Internat, dit Prix Bénit — Mention très honorable — 1913)

Né le 21 Mai 1885, à Cirey-sur-Vezouse (Meurthe-et-Moselle)

Examineurs de la Thèse :	{	MM. G. ÉTIENNE	professeur. .	Président.
		HAUSHALTER	professeur. .	
		L. SPILLMANN	agrégé	Juges.
		PERRIN	agrégé	

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les
diverses parties de l'enseignement médical.

NANCY
IMPRIMERIE ALBERT BARBIER
4, QUAI CHOISEUL, 4

1914

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA TYPHOSE SYPHILITIQUE

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le Samedi 27 Juin 1914

POUR OBTENIR LE GRADE DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

MASSON Jules-Jean-Eugène

Ancien Interne des Hôpitaux

Lauréat de la Faculté

(Prix de l'Internat, dit Prix Bénit — Mention très honorable — 1913)

Né le 21 Mai 1885, à Cirey-sur-Vezouse (Meurthe-et-Moselle)

Examinateurs de la Thèse :

{	MM. G. ÉTIENNE	professeur. .	Président.
	HAUSHALTER	professeur. .	
	L. SPILLMANN	agrégé	Juges.
	PERRIN	agrégé	

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

NANCY
IMPRIMERIE ALBERT BARBIER
4, QUAI CHOISEUL, 4

1914



UNIVERSITÉ DE NANCY. FACULTÉ DE MÉDECINE

Doyen : M. MEYER, , I .

Assesseur : M. WEISS, , I .

Doyen honoraire : M. GROSS, O , I .

Professeurs honoraires : MM. BEAUNIS, , I ; NICOLAS, I ; PRENANT, , I ,
BERNHEIM, O , I .

Professeurs : MM.

Clinique chirurgicale	GROSS, O  , I  .
Physique médicale	CHARPENTIER,  , I  .
Médecine opératoire	CHRÉTIEN, I  .
Clinique chirurgicale	WEISS,  , I  .
Chimie médicale et toxicologie	GARNIER, I  .
Clinique médicale	ETIENNE, I  .
Clinique obstétricale et Accouche- ments	A. HERRGOTT,  , I  .
Hygiène	MACÉ, I  .
Physiologie	MEYER,  , I  .
Clinique médicale	SIMON, I  .
Histoire naturelle médicale	VUILLEMIN, I  .
Clinique ophtalmologique	ROHMER, I  .
Médecine légale	P. PARISOT,  , I  .
Clinique des maladies des enfants	HAUSHALTER, I  .
Histologie	BOUIN, I  .
Anatomie descriptive	ANCEL, I  .
Anatomie pathologique	HOCHE, I  .
Pathologie gén. et Pathologie interne	N.

Professeurs-adjoints : MM.

Clinique d'électrothérapie	GUILLOZ,  , I  .
Pathologie externe	VAUTRIN, I  .

Chargés de Cours complémentaires : MM.

Clinique des maladies des vieillards	RICHON, I  , agrégé.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées	L. SPILLMANN, I  , agrégé libre.
Accouchements	FRUHINSHOLZ, I  , agrégé.
Clinique de chirurgie infantile et d'orthopédie	FRÉLICH, I  , agrégé libre.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	JACQUES, I  , id.
Clinique des voies urinaires	ANDRÉ, I  , id.
Clinique des maladies mentales	PARIS, I  .
Médecine opératoire	MICHEL, I  , agrégé libre.
Thérapeutique et Matière médicale	ZILGIEN, I  , id.
Clinique médicale élémentaire (1)	ZILGIEN, I  , agrégé libre.
Clinique chirurgicale élémentaire (1)	MICHEL, I  , agrégé libre.
Clinique des maladies tuberculeuses (1)	Perrin, A  , agrégé.
Clinique des maladies tuberculeuses (1)	J. PARISOT, A  , agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GUILLOZ,  , I  .	MM. COLLIN, A  .	MM. BINET, A  .
LAMBERT, I  .	SENCERT, A  .	PERRIN, A  .
RICHON, I  .	ROBERT, I  .	THIRY, I  .
G. GROSS, I  .	BUSQUET, I  .	FAIRISE, A  .
FRUHINSHOLZ, I  .	LUCIEN, A  .	J. PARISOT, A  .

Agrégés libres

MM. REMY, A , FÉVRIER, O , I , ZILGIEN, I ,
FRÉLICH, I , JACQUES, I , ANDRÉ, I , MICHEL, I , L. SPILLMANN, I .

M. H. COIFFARD, I , Secrétaire.

(1) Fondation de l'Université.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les imputer.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Faible témoignage d'amour filial et d'infinie reconnaissance

A MON FRÈRE ET A MA SŒUR

A la mémoire de mon ancien et regretté Maître

LE PROFESSEUR PAUL SPILLMANN

(Internat 1911-1912-1913)

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR GEORGES ÉTIENNE

PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE

(Internat 1910-1911-1914)

A mes Maîtres dans les Hôpitaux

MONSIEUR LE PROFESSEUR HAUSHALTER

(Externat 1909-1910)

MONSIEUR LE PROFESSEUR GROSS

(Internat 1912-1913)

MONSIEUR LE PROFESSEUR ROHMER

(Externat 1909-1910)

A Messieurs les Professeurs agrégés

LOUIS SPILLMANN, RICHON, M. PERRIN

GEORGES GROSS, BINET

(Internat 1913-1914)

A tous mes Maîtres de la Faculté de Médecine de Nancy

A tous mes Amis

Chefs de Clinique, Internes et Elèves de la Faculté

INTRODUCTION

Au cours de notre séjour dans la clinique médicale de MM. les Professeurs P. Spillmann et G. Etienne, nous avons eu l'occasion heureuse d'observer trois cas typiques de typhose syphilitique.

Nous avons été frappé de la ressemblance que peut présenter cette affection avec la fièvre typhoïde.

Nous nous sommes aussi rendu compte de la difficulté que l'on peut avoir d'établir un diagnostic ferme d'emblée. En effet la continuité de la température et l'état de tufhos profond, la céphalée intense, l'augmentation de volume de la rate sont autant de symptômes capitaux qui peuvent prêter à confusion.

Aussi, comme la plupart, pour ne pas dire presque tous les traités classiques, ne font que de très courtes allusions à la typhose syphilitique, nous avons cru bon de rechercher dans la littérature médicale ce qui avait paru à ce sujet depuis que Fournier en 1878 dans ses magistrales Leçons sur la syphilis (impression en 1881) avait fait entrer dans le cadre nosographique cette manifestation de l'infection syphilitique.

Voici l'ordre de l'étude que nous avons faite suivant les conseils de notre maître M. le Professeur Etienne.

Après quelques mots d'historique et de généralités nous avons mis à sa place parmi le vaste groupe des *fièvres syphilitiques*, la typhose syphilitique.

Laissant complètement de côté la fièvre tertiaire, connue depuis peu, dans le groupe de la fièvre secondaire nous nous sommes attachés uniquement à la forme continue et à sa modalité la plus curieuse : la *typhose syphilitique*.

Et, nous basant plus particulièrement sur nos trois observations inédites, tout en nous aidant des recherches de nos prédécesseurs, nous avons étudié successivement la symptomatologie, l'anatomie pathologique et la pathogénie de cette affection.

Nous avons cru bon d'insister tout particulièrement sur le diagnostic qui nous a paru le point devant surtout intéresser le médecin praticien.

Nous avons ensuite indiqué sommairement les grandes lignes du traitement qui, à l'heure actuelle, doit être immédiatement mis en œuvre.

Enfin nous avons terminé en relatant aussi brièvement que possible les cas analogues dont nous avons pu trouver les observations dans la littérature médicale.

Mais avant d'aborder notre sujet nous tenons à exprimer à tous nos Maîtres nos vifs sentiments de reconnaissance pour la bienveillance qu'ils nous ont toujours témoignée et pour les précieux enseignements qu'ils nous ont donnés.

C'est pour nous un devoir d'adresser tout d'abord

un souvenir ému à notre ancien et combien regretté Maître M. le Professeur Paul Spillmann.

Nous eûmes en effet le bonheur de goûter, pendant notre 1^{re} année d'internat surtout, l'enseignement si précieux de ce grand clinicien universellement renommé.

Au cours de la 2^e année d'internat que nous pensions passer à sa clinique une mort cruelle devait l'enlever à l'affection de ses parents, de ses amis, de ses élèves. Nous n'oublierons jamais ce que nous devons à ce « Maître » qui guida nos premiers pas dans l'examen clinique des malades, si difficile au début surtout, et qui ne cessa jusqu'à sa mort de nous porter un vif intérêt.

Qu'il nous soit ensuite permis d'exprimer à M. le Professeur Georges Etienne toute notre reconnaissance pour avoir bien voulu nous guider dans notre modeste travail, de ses conseils si judicieusement éclairés, et nous faire le grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse.

Nous eûmes l'heureuse fortune pendant notre internat provisoire (1910-1911) de pouvoir assister à ses savantes leçons cliniques des maladies des vieillards à l'Hospice St-Julien.

Nous aurions voulu profiter longtemps encore de son savant enseignement dans ses nouvelles fonctions de Professeur de clinique médicale : les circonstances de la vie en ont décidé autrement. Qu'il nous soit permis d'exprimer ici nos bien sincères regrets.

A M. le Professeur Haushalter nous devons nos connaissances en médecine infantile. Au cours de notre externat dans son service nous avons pu apprécier les

qualités de son enseignement, son extrême bienveillance vis-à-vis de ses élèves, et sa grande bonté à l'égard de toutes les misères. Qu'il daigne agréer un bien respectueux merci pour avoir bien voulu faire partie du Jury de notre thèse.

Nous avons acquis nos connaissances chirurgicales dans le service de M. le Professeur Gross, Doyen honoraire, dont nous fûmes l'élève pendant deux années, comme externe d'abord, comme interne ensuite. Nous n'oublierons jamais ses excellents conseils son savant enseignement, l'exemple de son dévouement professionnel et surtout sa bienveillance à notre égard : nous sommes heureux et fier d'avoir été son élève et son interne.

MM. les Professeurs agrégés Louis Spillmann et Maurice Perrin nous ont fait le grand honneur d'être nos juges : nous leur en sommes bien sincèrement reconnaissants.

Nous tenons enfin à remercier M. le Professeur agrégé Maurice Perrin et M. Jean Benech, interne des Hôpitaux, qui ont bien voulu nous fournir les éléments de notre modeste travail.

Nous garderons le meilleur souvenir de tous nos camarades d'études et en particulier de nos amis de la Salle de garde. Plus d'une fois certainement nous regretterons les bons moments passés en leur si agréable compagnie.

A nos excellents amis les Docteurs Moreaux, Milot et Faivre nous exprimons le désir de resserrer encore dans l'avenir malgré l'éloignement, les liens de solide sympathie qui nous ont toujours unis pendant nos années d'études.

PREMIÈRE PARTIE

LA FIÈVRE SYPHILITIQUE EN GÉNÉRAL

CHAPITRE I

GÉNÉRALITÉS — HISTORIQUE

« *Morbus Gallicus est morbus absque febre.* » Telle était la phrase classique des vieux collègues médicaux de jadis. A cette époque où il n'existait aucune différenciation clinique entre le chancre mou et le syphilome primaire et même la blennorrhagie, on vivait dans cette certitude que la Syphilis évolue sans température. A mesure que l'on différenciait les affections entre elles, que la Lèpre se séparait de la tuberculose et que la syphilis elle-même souvent confondue dans certaines de ses formes avec ces deux maladies commençait à s'individualiser, on revenait sur cette idée. Si bien que dans un travail de Hunter (1728-1793) sur la vérole « traité des maladies vénériennes » (1787), se trouve consacré un chapitre à la fièvre symptomatique ; mais cet auteur considérait la fièvre comme dépendante des accidents locaux, il n'admettait pas qu'elle puisse se produire sans intermédiaire, c'est-à-dire sans connexion avec tel ou

tel symptôme diathésique. Depuis lors les recherches furent orientées dans ce sens et de loin en loin parurent quelques observations relatant la fièvre syphilitique symptomatique suivant les vieilles idées de Hunter. Cependant quelques auteurs, entre autres Frascator, ce défenseur si énergique de l'origine américaine de la syphilis, avaient entrevu eux aussi l'existence de la fièvre syphilitique; et même à côté d'eux Jean de Vigo, Schwediaur, Hecker et Morelli, signalent une association clinique particulière; celle de *la fièvre et d'un état d'asthénie et de stupeur*. Haygarth (1860), De Castelnau (1847) en publient quelques observations, Guntz, en 1863, craignait de voir identifier les phénomènes fébriles de la syphilis avec ceux de la variole et d'autres fièvres éruptives.

Lancereaux disait à la même époque : « La fièvre syphilitique peut être continue, et pour peu qu'elle s'accompagne de céphalée, de lumbago, de nausées, d'hébétude, de stupeur et d'épistaxis *on conçoit qu'elle puisse simuler la fièvre typhoïde* »,

Vinrent ensuite deux travaux importants de Courtaux (1871) et d'Antonini (1876) suivis de quelques mémoires de Mustapha-Faïd, d'Ingold, de Kiouthayantz, de Janowsky, de Schierber; et encore nombre de ces travaux n'ont trait à la fièvre syphilitique que très incidemment.

« Rien n'est tenace, dit-on, comme une erreur. Or, ce n'est pas une erreur seulement, ce sont deux erreurs qu'il me faut attaquer dans notre réunion de ce jour ». Ainsi débutait A. Fournier dans une de ses Leçons

cliniques sur la syphilis. Pour le Maître de la syphiligraphie française il est deux points bien acquis :

1° *La fièvre peut se rencontrer dans la syphilis ;*

2° *La fièvre n'est pas uniquement symptomatique.*

Et cet auteur pendant toute la leçon démontra que les accidents fébriles au cours de la syphilis ne sont pas uniquement *des coïncidences* et que, même malgré l'absence de symptômes locaux, cette fièvre est bien due à la syphilis évolutive et qu'elle disparaît avec le traitement.

Dès lors, sous l'inspiration de Fournier, des thèses importantes furent soutenues, celles de Morin (1887), de Vialaneix (1888), Ahleman (1895), Monier (1898), Bournoville (1901).

Mais, sauf dans le travail Morin et de Bournoville, la typhose syphilitique n'occupe qu'une place très secondaire et ce n'est que très incidemment que l'on rencontre les mots de fièvre syphilitique ou même de typhose syphilitique.

Et cette forme est malheureusement si peu connue que Fournier n'hésitait point à écrire dans son magistral *Traité de la Syphilis* que *la typhose syphilitique était ignorée de la plupart des praticiens*. C'est en effet une forme rare et c'est cette phrase de A. Fournier qui nous a en partie décidé à publier les observations personnelles que nous possédions et à les commenter.

CHAPITRE II

LA FIÈVRE SYPHILITIQUE

La fièvre syphilitique tend donc à prendre actuellement place dans le cadre nosologique, elle devient de notion courante. Même plus la fièvre syphilitique n'est pas seulement notable au cours de la période secondaire, la période tertiaire elle-même peut évoluer en présentant des accès thermiques qui peuvent prêter à de fâcheuses erreurs de diagnostic. Bjakolur (1911) fait paraître un article sur les manifestations fébriles dans les stades tardifs de la syphilis, il insiste en particulier sur les confusions que l'on peut faire alors avec la tuberculose et la malaria : confusion avec la malaria d'autant plus facile que souvent dans ces cas la fièvre syphilitique revêt le type intermittent.

Sisto vers la même époque dans la *Clinica medicale Italia* insiste lui aussi sur la fièvre syphilitique tertiaire et toujours sur les difficultés du diagnostic. Puis suivent des observations de Jourdan et de A. Schegelman.

Ce dernier intitule même son article de la *Deutsche Medizinische Wochenschrift* « deux cas de syphilis tertiaire prise pour de la tuberculose ».

Nous voyons donc ainsi, sans sortir de notre sujet que la fièvre est bien une des manifestations de la diathèse syphilitique à toutes ses périodes. Nous laissons la période tertiaire absolument de côté et nous arrivons à la période secondaire.

A cette période les accidents fébriles de la syphilis se manifestent de deux façons soit sous la forme *fièvre symptomatique*, soit sous la forme *fièvre essentielle*.

La première est contemporaine d'accidents précis facilement constatables.

La seconde se produit comme expression directe, immédiate, de l'infection, sans être reliée, subordonnée à tel accident contemporain de la maladie.

(A. Fournier).

Donc deux grands types :

I. *Fièvre symptomatique*.

II. *Fièvre essentielle*.

I. **La fièvre symptomatique** ne présente aucun caractère bien spécial, elle est d'ordre banal et sa forme la plus courante est celle connue sous le nom de *Fièvre d'éruption*, elle précède de peu la roséole, dure quelquefois pendant la roséole épanouie et tombe immédiatement.

II. **La fièvre essentielle ou fièvre syphilitique proprement dite** diffère essentiellement de la précédente en ce sens qu'elle se produit indépendamment

de toute lésion, elle ressemble comme aspect et mieux comme pathogénie à la fièvre tertiaire signalée en ces dernières années. Elle relève exclusivement de l'infection semble-t-il.

Son aspect clinique est extrêmement variable elle se présente souvent sous les formes les plus inattendues, et elle comporte de nombreuses variétés comme intensité de symptômes, c'est-à-dire comme accélération du pouls et élévation de la température, comme troubles sympathiques, comme durée et comme physiologie générale.

Mais on peut aisément, en suivant Fournier, la ramener à trois types :

1° *Type intermittent.*

2° *Type vague.*

3° *Type continu.*

1° **Type intermittent** (fièvre syphilitique intermittente) — Le type intermittent est sans contredit celui qu'affecte le plus souvent la fièvre syphilitique secondaire.

Fournier est très affirmatif sur ce point. Et dans les travaux spéciaux, dans les observations recueillies précédemment, c'est celui que nous rencontrons le plus fréquemment

Plus ou moins régulier dans sa marche, il est cependant caractérisé par une série d'accès fébriles, quelquefois périodiques ; ils sont presque toujours quotidiens, et apparaissent plutôt pendant la nuit ; ils sont, en outre, séparés par des stades d'apyrexie complète. C'est

Berkeley Hill qui a eu l'occasion de voir le plus souvent le type intermittent dans la fièvre syphilitique.

Un tel type se rapproche surtout de la fièvre intermittente palustre avec lequel on doit faire le diagnostic différentiel surtout quand ce type peut, comme Potain l'a signalé, durer des semaines et des mois. Elle cède facilement au traitement.

2° Type vague. — A proprement parler ce type n'en n'est pas un, aussi serons-nous bref à son sujet. N'ayant aucun caractère propre, ni rien de spécial dans son évolution, il mérite à peine une description particulière et on y fait entrer généralement toutes les formes de la fièvre syphilitique. Aussi lui donne-t-on souvent le nom de *Forme dérégulée-atypique* : forme du reste très variée et très commune. Cette forme revêt par moment le type intermittent, en d'autres le type continu : elle n'obéit à aucune loi, à aucune règle.

3° Type continu. — Bien qu'admis par tous les auteurs qui ont traité la question, et parmi ceux-ci Bremer, Vajda, Janowsky, Lancereaux, Rollet, Jullien, etc., ce type est considéré par Fournier comme beaucoup moins fréquent que le précédent ; on le rencontre assez souvent dans la pratique et avec une *prédominance excessive pour la femme*.

« Ce second type consiste en ceci : un mouvement
« fébrile de forme continue (et non plus intermittent)
« se prolongeant pour le moins plusieurs jours et susceptible de se prolonger plusieurs septennaires.

« Pour vous donner immédiatement une idée géné-

« rale de ce que c'est que cette fièvre syphilitique
« continue, je puis vous dire que, comme physionomie,
« le type morbide, dont elle se rapproche le plus, est
« la fièvre continue simple, *la Synoque*. On dirait une
« synoque dans la plupart des cas. Et de cela voici
« une double preuve : c'est 1° qu'elle est souvent
« confondue, qu'elle a été fréquemment confondue
« jusqu'à nos jours avec une synoque intercurrente,
« venant d'aventure se greffer sur une syphilis à la
« période secondaire ; — 2° qu'il est parfois difficile de
« la différencier en certain cas ».

Après avoir émis cette idée générale, Fournier nous donne les symptômes particuliers qui la caractérisent et que nous reproduisons tels qu'il les a énoncés dans ses leçons cliniques de l'hôpital Saint-Louis. Nous les résumons très brièvement.

1° L'accélération du pouls.

2° L'élévation de la température.

3° Etat général plus ou moins accentué.

4° Troubles sympathiques des diverses fonctions.

La température oscille d'habitude autour de 38° montant quelquefois jusqu'à 39° : cet état de chose peut durer plusieurs septennaires. *Le pouls suit l'élévation de la température*. L'état général a changé, la langue est blanche, chargée, le malade est anémié, fatigué, en mauvais état ; les nausées sont souvent fréquentes, les troubles intestinaux peuvent se rencontrer, quoique non constants, et sont en tous les cas fort légers. L'appétit malgré cet état est presque toujours conservé.

En somme état fébrile marqué et persistant avec embarras gastrique : c'est l'embarras gastrique fébrile typique de nos jours ou encore la synoque des anciens auteurs. Seule l'apparition des lésions syphilitiques dans la suite ou la découverte des antécédents spécifiques permet d'établir le diagnostic différentiel.

Voici pour ce type continu dans sa forme normale ou habituelle. Mais il peut arriver que tous ces symptômes s'accroissent et que la température soit beaucoup plus élevée, dépasse 39°, atteigne parfois 40°. A l'état de fatigue fait place l'épuisement, la somnolence profonde, le typhos ; l'apparence du malade est celle d'un malade atteint de fièvre éberthienne : on a alors la forme spéciale des formes continues, celle qui nous occupera spécialement :

La **Typhose** syphilitique.

Et, pour dès le début mieux fixer les idées, nous rapportons immédiatement nos trois observations personnelles.

CHAPITRE III

OBSERVATIONS PERSONNELLES

OBSERVATION I

(Personnelle)

Marie H..., 26 ans, se présente à la consultation de l'hôpital le 28 novembre 1911, se plaignant d'être continuellement fatiguée, d'avoir des céphalées intenses accompagnées de vomissements : la température axillaire est à ce moment de 38°5. Devant l'état d'abattement de la malade on pose le diagnostic de fièvre typhoïde et on l'admet à l'hôpital. A son entrée, quelques heures plus tard, elle est dans un état d'abattement profond, dans le tephos le plus complet : c'est avec peine qu'on peut lui arracher quelques renseignements : elle est divorcée et travaille comme journalière ; elle se sent malade depuis dix jours environ, mais depuis trois jours ses maux de tête sont devenus

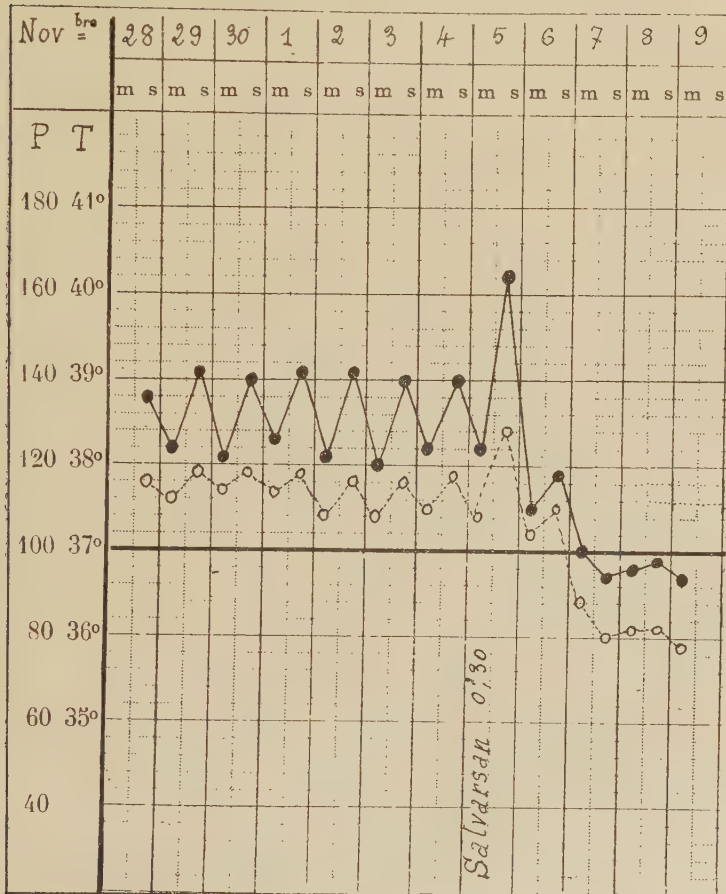
intolérables ; elle a des vertiges, des bourdonnements d'oreilles.

On relève un état saburral des premières voies digestives avec anorexie, langue blanche, plâtrée, un peu rouge sur les bords — ne présentant pas cependant le type de la *langue rôtie*, — vomissements bilieux fréquents, constipation opiniâtre. Le volume du foie est normal, mais la rate est notablement hypertrophiée. Rien d'anormal du côté des autres appareils, il n'y a pas de taches rosées.

Après quelques jours d'attente (pendant lesquels la malade reste à la diète hydrique) on fait une séro-réaction de Widal le 1^{er} décembre. Le lendemain la réponse du laboratoire de bactériologie était ainsi conçue : « Avec une culture homogène de bacilles d'Eberth formation d'amas assez lentement et seulement au mélange à 1 pour 10 : la réaction *paraît* positive ». Nous avons réservé notre adhésion à cette conclusion, nous proposant de faire recommencer la séro-réaction au bout de quelques jours ; entre temps il n'y a pas de modification de l'état de la malade qui est toujours dans le typhus et se plaint surtout de céphalée : on recherche journellement les taches rosées.

Tout à coup le 4 décembre, on découvre une éruption papulo-érythémateuse typique généralisée à l'abdomen, à la poitrine et à la face interne des cuisses : une telle éruption en impose par ses caractères morphologiques pour une éruption syphilitique. Un rapide interrogatoire fait dans ce sens confirme notre opinion : on ne peut cependant trouver trace de l'accident

primitif, mais il existe une pléiade ganglionnaire typique dans la région inguinale droite.



Un traitement par le salvarsan amena une défervescence rapide précédée d'une réaction d'Herxheimer qui fut très intense (nous avons d'emblée donné

0 gr. 30 de dioxydiamidoarsenobenzol) : c'était la confirmation de notre deuxième diagnostic : il s'agissait d'une *typhose syphilitique* : la courbe de température ci-contre est plus éloquente que tout commentaire.

OBSERVATION II

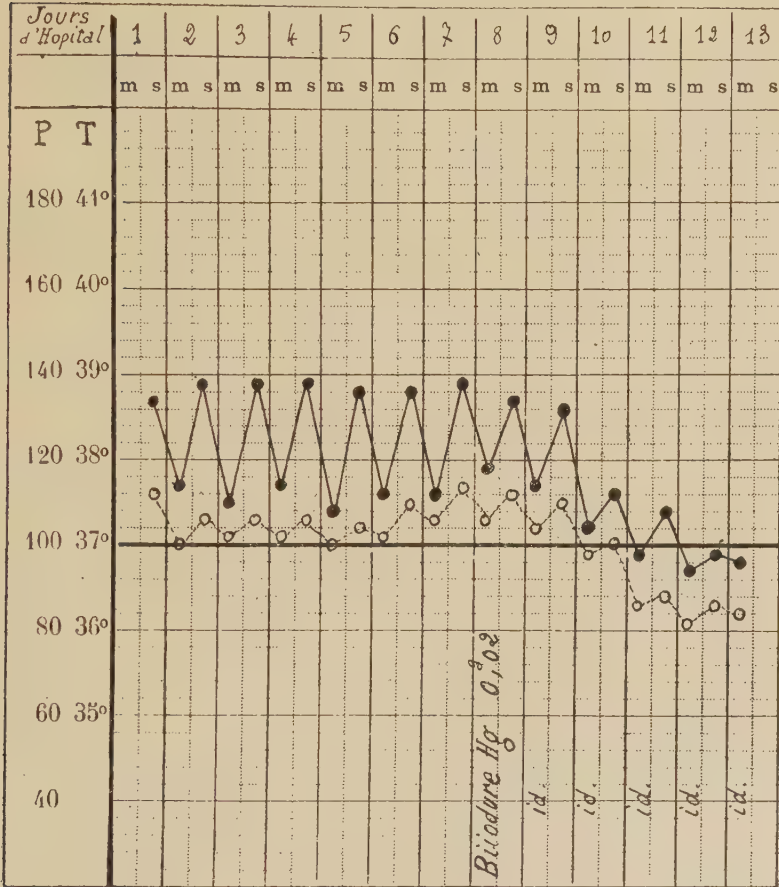
(Personnelle)

Il s'agit d'une malade de 18 ans, lingère, qui était entrée à l'hôpital pour une fatigue persistante datant de dix jours, avec diarrhée, vomissements, anorexie et céphalées très intenses. Ce qui nous avait immédiatement frappé, c'était son état d'abattement : ce symptôme joint aux précédents nous avait fait penser à une fièvre typhoïde. En effet la langue était sèche, plâtrée, rouge sur les bords, quoique non rôtie, l'anorexie était complète, les vomissements abondants, bilieux, la diarrhée fétide et continuelle ; la rate était perceptible à la percussion sur une surface grande comme une paume de main, mais il n'y avait pas de taches rosées ; les autres appareils étaient intacts. Enfin la fièvre était élevée, continue, oscillant cependant entre 38°5 et 39°5 à l'aisselle ; le pouls était aux environs de 120. Tel était l'état le 4 avril 1912.

Le 4^e jour après l'entrée on pratique la séro-réaction de Widal : il se fait une légère agglutination au 1/10^e au bout d'une demi-heure, mais on ne peut l'obtenir au 1/25^e ni au 1/50^e même après une heure : on considère la séro-réaction comme négative.

Le 8^e jour, à notre arrivée auprès d'elle, la malade

se plaint d'avoir mal à la gorge et d'avoir des ulcérations dans la bouche. A l'examen de la cavité buccale



il est facile de trouver des plaques muqueuses typiques, et en découvrant la malade on aperçoit une roséole légère, discrète, occupant la poitrine et l'abdomen. On

recherche quelques signes qui puissent confirmer l'hypothèse de syphilis, mais on ne trouve rien en dehors des ganglions inguinaux et du développement des chaînes ganglionnaires du sterno-cléido-mastoïdien. La malade oppose des dénégations absolues à la possibilité d'une infection syphilitique. On institue néanmoins le traitement antisypilitique pendant cinq jours consécutifs on injecte à la malade par voie intramusculaire 0 gr. 02 centigr. de biiodure de mercure, puis la même quantité tous les deux jours.

La température tombe alors brusquement ainsi qu'en témoigne la courbe ci-contre.

OBSERVATION III

(Personnelle)

Le 2 février 1914, se présentait à la consultation de l'hôpital une jeune fille de 14 ans, très bien constituée, vigoureuse, paraissant plus âgée. Elle se plaignait de maux de tête depuis 15 jours environ avec abattement, fatigue et somnolence continuelles. La langue est sèche, rôtie. La température axillaire est à 38°5 environ, le pouls bat à 115 pulsations à la minute. La malade entre le jour même à l'hôpital et quand nous l'interrogeons, nous la trouvons dans un état d'abattement complet, répondant mal aux questions : elle fait pendant dans la salle à une petite malade qui est en plein stade amphibole d'une fièvre typhoïde grave : le tufphos est également intense chez ces deux malades.

La langue est blanche, plâtrée, mais non rôtie ; les

vomissements sont fréquents, la diarrhée est abondante, fétide. Le foie est normal, mais la rate est notablement augmentée de volume ; il n'y a pas de taches rosées. La malade présente en outre une céphalée intense à paroxysmes nocturnes et des bourdonnements d'oreilles. Les autres appareils ne présentent rien d'anormal : on note cependant un peu d'albumine dans les urines.

Ce qu'il y a de plus caractéristique c'est la température élevée, oscillant entre 38°5 et 39°5 (l'axillaire) ; le pouls bat à 110 environ, égal, régulier, assez bien frappé. Cet état de choses durait depuis 8 jours et malgré l'absence d'épistaxis, nous pensions à la fièvre typhoïde surtout étant donnée l'épidémie constatée à ce moment : mais le nombre de pulsations proportionné à la température, l'absence de taches rosées, l'état de la langue qui était blanche et non rôtie nous faisaient cependant hésiter quelque peu. Par contre, la fièvre était nettement du type continu et le typhos très intense avec hypertrophie considérable de la rate, tous symptômes en faveur de l'infection éberthienne.

Le 4 février, véritable coup de théâtre : la malade se plaint de dysurie, l'émission de l'urine produit une sensation de brûlure très pénible au niveau des grandes et petites lèvres. Nous examinons immédiatement cette région et constatons que la petite lèvre gauche est œdématiée : à sa face interne siège une ulcération, grosse comme une pièce de 0 fr. 50, à base indurée, à bords taillés à pic et dans laquelle on trouve facilement le tréponème de Schaudinn : il n'y a pas cependant d'adénopathie inguinale. La malade avoue avoir été

Février

P T

180 41°

160 40°

140 39°

120 38°

100 37°

80 36°

60 35°

40

2	m
3	s
4	s
5	m
6	s
7	m
8	s
9	m
10	s
11	m
12	s
13	m
14	s
15	m
16	s
17	m
18	s
19	m
20	s
21	m
22	s
23	m
24	s

Bitodure Hg 0,02

id.

Neosalvarsan 0,45

Bitodure Hg 0,02

id.

id.

id.

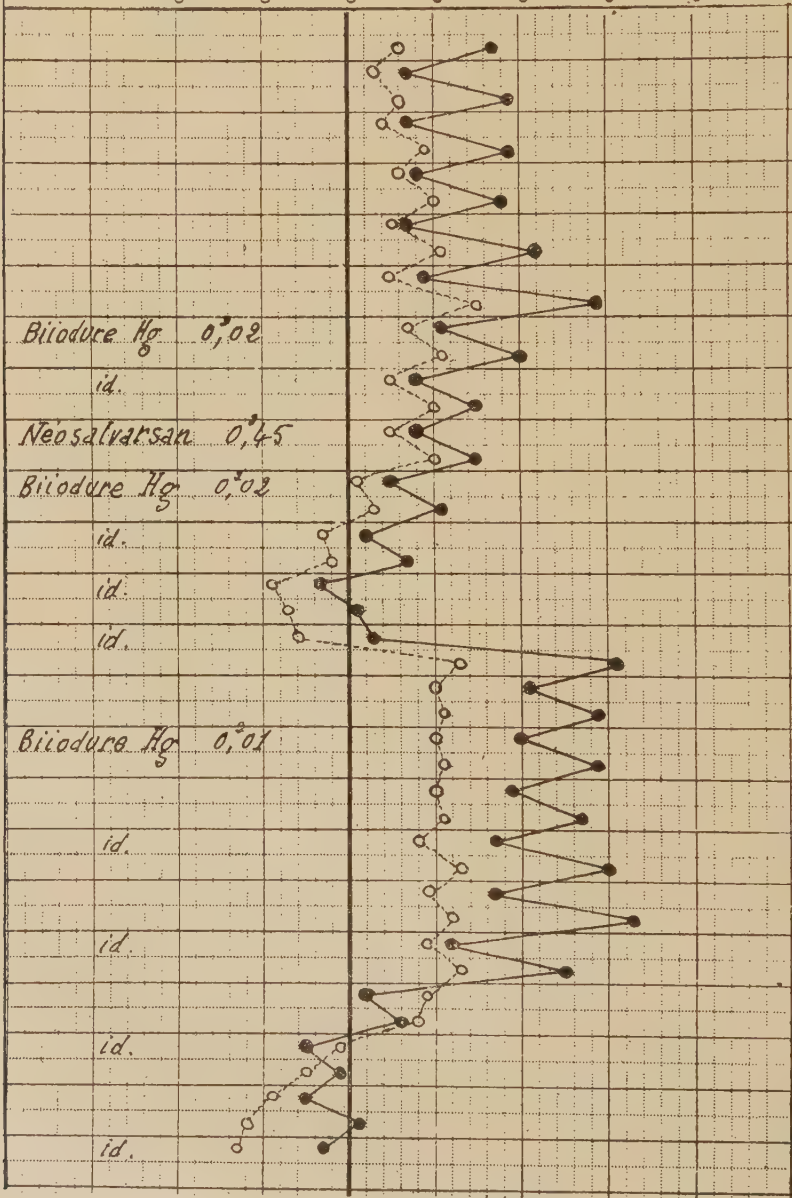
Bitodure Hg 0,01

id.

id.

id.

id.



violée il y a 2 mois par son beau-père ; elle ne s'était jamais aperçue de rien jusqu'à présent, quoique l'aspect de l'ulcération doit la faire considérer comme datant déjà d'un certain temps.

La recherche du tréponème dans le sang pratiquée le même jour *est positive* (fait très intéressant à retenir).

Le 5 février on pratique la réaction de Widal qui se montre négative au 1/25^e et au 1/50^e : quelques rares amas se forment seulement au 1/10^e mais très lentement : le séro-diagnostic est également négatif, pour les paratyphiques A et B.

Le 7 février on fait une première injection intraveineuse de 0 gr. 15 de néo-salvarsan : il se produit alors une réaction thermique à 40°.

Les 8 et 9 février, on pratique une injection intramusculaire de 0 gr. 02 centigr. de biiodure de mercure, le 10 février 0 gr. 15 de néo-salvarsan sans réaction, les jours suivants biiodure, et la température qui n'était plus aussi élevée depuis la réaction précitée s'abaisse lentement chaque soir et reste à 37°7 le soir du 12 février : le tufos est disparu, la langue est nettoyée.

Après 2 jours 1/2 d'accalmie complète la malade est prise le 14 février au soir de frissons répétés et d'un violent point de côté : la température monte rapidement à 40°. Le lendemain on découvrait une pneumonie franche de la base droite, affection qui évolua avec une allure particulièrement grave chez cette malade très déprimée : des enveloppements tièdes et une médication tonicardiaque énergique devaient cependant juguler les symptômes alarmants : la défervescence fut

normale, assez rapide. Ajoutons que le traitement spécifique avait été continué pendant l'évolution de la pneumonie.

A la lecture de nos trois observations on a pu voir que dans deux cas le séro-diagnostic de Widal avait été positif au 1 10^e, mais *l'agglutination se faisait lentement*.

Nous indiquons plus loin comment il faut interpréter la réaction de Widal et nous montrons à quelles conditions elle peut être regardée comme positive.

Le fait que chez deux de nos malades le séro-diagnostic a semblé positif au 1 10^e ne va pas à l'encontre de notre thèse puisque l'agglutination dans les deux cas s'est produite *lentement* : il peut d'ailleurs se faire, ainsi que nous le disons plus loin, que les réactions humorales produites par l'infection syphilitique soient suffisantes pour produire une *agglutination atténuée*.

D'ailleurs nous pourrions rapprocher de ces faits les cas d'agglutination au B. d'Eberth ou aux paratyphiques que nous avons eu l'occasion d'observer plusieurs fois dans des cas de granulie ou de typho-bacillose.

Témoin le cas de cette jeune fille de 17 ans qui, il y a un mois environ, au cours d'une granulie (confirmée d'abord au début par la ponction lombaire et ultérieurement par l'autopsie) présenta une *agglutination rapide* au 1 100^e pour le paratyphique A. originaire du laboratoire de bactériologie de Rennes et également au 1/100^e pour un *B. coli*.

DEUXIÈME PARTIE

LA TYPHOSE SYPHILITIQUE

CHAPITRE I

ÉTIOLOGIE

La femme paye à la typhose syphilitique un lourd tribut. Cette manifestation de l'infection syphilitique est rare chez l'homme : 10 fois sur 65 cas disent les auteurs ; pour notre compte nous l'avons rencontrée trois fois et les trois fois chez la femme ; étant donné le grand nombre de syphilitiques que nous avons rencontrés au cours de nos études médicales, tant à l'hôpital qu'à la clinique de syphiligraphie, nous aurions pu la rencontrer plus souvent et peut-être chez l'homme ; à ce sujet du reste nous ne faisons que refléter l'opinion de nos maîtres et en particulier de notre regretté et vénéré Maître M. le Professeur Paul Spillmann qui nous avait dit au sujet d'un de ces cas que c'est une *forme essentiellement féminine des manifestations de la syphilis*. Du reste la plupart des observations trouvées chez nos prédécesseurs dans cette étude ont trait à des femmes. Quant à la typhose syphilitique en dehors de toute

considération de sexe, c'est une manifestation *rare*, rencontrée peu souvent, assez peu souvent pour justifier des phrases comme ce que nous avons plus haut cité (Fournier) : que cette *typhose syphilitique était à peu près inconnue des praticiens*.

Quant à la date d'apparition de la fièvre il est à peu près impossible de la déterminer ; il est rare, notamment chez la femme, de pouvoir préciser la date du chancre, souvent même celui-ci est passé inaperçu, la trace en est impossible à retrouver.

Il ne semble pas non plus que des chancres extra-génitaux, faciaux ou digitaux jouent un rôle dans l'apparition de la typhose syphilitique.

Un seul fait est à retenir : c'est que cette fièvre précède presque toujours l'éclosion des accidents syphilitiques secondaires et correspond à la période d'envahissement de l'organisme par le virus syphilitique. Elle marque en quelque sorte une période d'invasion de septicémie.

CHAPITRE II

SYMPTOMATOLOGIE

La symptomatologie revêt une allure bien particulière ; nous nous baserons pour l'établir sur les observations parues jusqu'à ce jour, sur les commentaires des auteurs et enfin sur nos trois observations vraiment typiques. Cette symptomatologie sera établie en dehors de tous les accidents syphilitiques dont nous ne parlerons qu'au moment du diagnostic et de l'évolution de la typhose syphilitique .

Nous grouperons ces symptômes sous deux chefs principaux :

1° *L'état fébrile.*

2° *Les phénomènes d'adynamie*

1° L'état fébrile. — Le thermomètre accuse une température de 39° à 39°5, avec oscillation d'un degré environ.

Le pouls varie entre 110 et 120. Quelques rares observations, et en particulier une de Morin, indiquent un pouls qui ne dépasse pas 100 pulsations ; mais d'habitude il est supérieur à ce nombre et varie de même que la température entre les deux chiffres précités. Il est d'habitude plein, bien frappé, et ne présente pas de dicrotisme ; quelquefois quelques intermittences, signe de défaillance cardiaque due aux toxines des microorganismes de la syphilis agissant directement soit sur l'innervation soit sur la musculature cardiaque.

La langue est blanche, souvent saburrale, mais ne présentant pas toujours un aspect identique. Nous avons deux fois rencontré une langue sèche, rôtie comme chez les typhiques vrais et l'autre fois une langue simplement chargée. Les classiques n'attachent pas du reste une grande importance à son aspect.

La *céphalée* est considérable, souvent à prédominance nocturne ; elle revêt une ténacité et une violence sur laquelle nous estimons qu'il convient tout particulièrement d'insister. Cette *céphalée* est si vive qu'elle ne laisse aux malades aucune minute de repos ; leurs plaintes sont de tous les instants, les nuits sont longues, excessivement pénibles, car la *céphalée* augmente alors au point de les faire crier continuellement. La peau est chaude, mais elle n'est pas sèche et brûlante (Morin). Il n'y a que très rarement des épistaxis. Il est rare de rencontrer des foyers de râles bronchitiques ou congestifs.

Passons en revue rapidement les troubles relevés habituellement au niveau des différents appareils.

Tube digestif. — L'anorexie est presque constante, cependant quelques observations, celles de Courtaux, relatent la boulimie. Assez souvent cette boulimie est constatée; et le peu d'appétit rencontré chez les malades doit être attribué aux maux de tête intolérables plutôt qu'à leur état de typhos. La soif est intense. L'abdomen est tendu, ballonné. Souvent il existe de la constipation ou de la diarrhée, et les phénomènes abdominaux ne sont pas rares, mais ils ne revêtent jamais une très grande intensité.

Les selles sont quelquefois liquides, glaireuses à l'apparition de la roséole.

L'examen des selles (Carrière) dévoile la présence de cristaux de cholestérine, de débris épithéliaux et de lobules graisseux. Les sels biliaires y sont en grande quantité. On trouve presque toujours du coli-bacille jamais on n'y trouva l'Eberth.

L'hémorragie et la perforation intestinales n'ont jamais été notées au cours de la typhose syphilitique.

La rate est toujours grosse, tuméfiée, contrairement à l'assertion d'un grand nombre d'auteurs. C'est à notre avis un fait constant, retrouvé du reste dans beaucoup d'observations.

Le foie est volumineux et déborde généralement le rebord costal de deux ou trois travers de doigt. Son fonctionnement est défectueux et Carrière a pu y décèler le syndrome urologique révélateur : « glycosurie alimentaire, urobilinurie, hypertoxicité urinaire » ; le syndrome persistait après la disparition de la typhose.

Appareil respiratoire. — Ici rien de particulier ne mérite d'être noté en dehors de la fréquence de la respiration.

Appareil circulatoire. — En dehors de l'élévation du pouls déjà cité et des intermittences, rien de particulier. La tension artérielle est très variable, l'hypoglobulie est très marquée (3 millions de G. R.), la teneur en hémoglobine est très diminuée (35 %). La coagulation est retardée. Le nombre des hémato blasts est au-dessus de la normale. Le nombre des leucocytes augmente au contraire, et va jusqu'à 11 et 15.000 : ce sont les lymphocytes qui dominent (49 %) puis les mononucléaires (15 %). Le nombre des éosinophiles est augmenté (6 %).

Les ganglions sont généralement hypertrophiés ; cette hypertrophie se fait sentir à la nuque, à l'aîne, dans les aisselles et aux épitrochlées.

Examen des urines. — Elles sont peu abondantes ; fort colorées (urines fébriles).

La toxicité est très forte.

Enfin, notons, pour terminer, souvent des sueurs profuses, accompagnées de miliaire, et cela en telle abondance que parfois on a pu penser à la suette miliaire.

2° Les phénomènes d'adynamie. — Ce sont eux qui dominent la scène. Les malades sont dans un état d'abattement profond, de somnolence continuelle dont ils ne sortent que pour se plaindre de leurs maux de

tête. Leur abattement est si marqué qu'ils n'ont point le courage de manger, alors que cependant chez eux l'appétit est souvent bien conservé, sinon exagéré ; ils se plaignent aussi de courbature, ils sont comme si on les avait « roués de coups ». L'œil cependant est vif, brillant et le regard ne présente pas cet aspect vague qu'il a chez les typhiques. Le visage est pâle, c'est celui d'un anémique.

Du côté du système nerveux :

a) Troubles somatiques.

L'exagération des réflexes se rencontre accompagné de photophobie et de signe de Kernig ; des phénomènes de réaction méningée accompagnent souvent la typhose syphilitique. Mais ce qu'il y a surtout de caractéristique c'est cette douleur musculaire, cette courbature à laquelle nous faisons allusion plus haut.

b) Troubles psychiques.

Ils sont rares ; le délire a souvent été rencontré à cette période.

En résumé, la symptomatologie peut se ramener à ceci : tупhos considérable (voir nos trois observations) et grande élévation de température de type continu accompagnée d'accélération du pouls.

CHAPITRE III

ÉVOLUTION ET PRONOSTIC

Ici encore l'analogie est grande entre la typhose syphilitique et la fièvre typhoïde : quand la fièvre syphilitique atteint ce degré, elle est le plus souvent de longue durée ; elle dure au moins deux septennaires, mais le plus souvent sa durée est de trois, quatre, cinq et même exceptionnellement six semaines. Cette évolution, semblable comme durée à celle de la typhoïde, rend le diagnostic très difficile quand on n'est pas mis sur la voie par les antécédents du sujet.

Mais généralement l'évolution de la typhose syphilitique est limitée par l'action thérapeutique. On songe à la fièvre typhoïde en face d'un malade qui présente les symptômes que nous venons de décrire, on recherche les taches rosées, et on trouve une roséole maculeuse ou papuleuse, et alors le diagnostic s'impose. Ce sont les accidents syphilitiques qui viennent en quelque

sorte limiter, par la thérapeutique qu'ils dictent, l'évolution de la typhose.

Il n'y a guère que dans les observations de jadis, quand la thérapeutique anti-syphilitique n'était pas agissante comme celle d'aujourd'hui, que l'on peut suivre intégralement l'évolution de la typhose syphilitique.

Au bout de deux à trois septennaires la fièvre tombe d'elle-même en même temps qu'apparaissent les accidents cutanés ou muqueux.

Nous terminons en répétant la phrase de Fournier : « La typhose syphilitique guérit toujours et cela en dépit des apparences souvent alarmantes » ; et après cette phrase de Fournier il n'est point nécessaire de nous étendre plus longuement sur le pronostic immédiat.

Quant au pronostic d'avenir il est celui de toute syphilis grave qui eut à un moment un fort retentissement sur l'organisme et qui, par conséquent, demandera une surveillance de tous les instants.

CHAPITRE IV

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Que dire de l'anatomie pathologique de la typhose syphilitique ? peu de choses : l'affection ne comporte pas un grand caractère de gravité par elle-même et le seul cas mortel enregistré est celui de MM. Hayem et Tissier, qui au cours de l'autopsie notèrent simplement une augmentation de volume du foie et de la rate et quelques ulcérations intestinales.

CHAPITRE V

PATHOGÉNIE

Il est bien difficile d'expliquer l'apparition d'une telle manifestation morbide. Nous allons cependant en tenter un essai en nous basant sur deux faits capitaux.

1° La négativité de la séro-réaction de Widal dans les observations récentes et dans les nôtres.

2° La présence du tréponème dans le sang circulant chez une de nos malades (Observation III).

D'après les définitions récentes de la syphilis, celle-ci n'est que l'ensemble des altérations provoquées dans l'organisme par le tréponème pâle et ses toxines et l'action pathogénétique des tréponèmes a pour facteurs exclusifs les substances solubles qui constituent les matériaux de leurs sécrétions et peut-être aussi de leur dénutrition. Ces toxines passent dans la circulation générale et agissent ainsi sur les humeurs et les tissus et particulièrement sur les nerfs vaso-moteurs : c'est à elles qu'il faut rapporter la réaction fébrile ainsi que

les douleurs vagues et le malaise général que l'on observe à cette période de l'évolution morbide ; mais cette diffusion ne persiste pas longtemps et, bientôt, l'action de ces produits solubles se limite au voisinage des foyers parasitaires.

Voici donc une interprétation facile de l'accès fébrile : les toxines répandues dans l'organisme ; et cette interprétation est d'autant plus facile qu'au début de la période secondaire on se trouve dans une phase de diffusion de l'agent spécifique ; il existe une *véritable septicémie à tréponèmes*. Du reste l'extrême facilité, contrairement à l'habitude, avec laquelle nous mimons le tréponème en évidence en est la preuve certaine.

Il serait aussi très intéressant d'étudier le liquide céphalo-rachidien.

Du reste, une telle étude devrait être complétée par la recherche de la résistance globulaire et surtout des hémolysines dans le sérum.

Enfin la réaction de Wassermann, Neisser, Brück avec des variations de titrages dans l'antigène et des études comparatives par l'échelle Vernes pourrait dans une certaine mesure permettre de rechercher la teneur du poison syphilitique du sérum sanguin suivant les données toutes récentes de Boas.

La négativité de la séro-réaction de Widal toujours enregistrée indique nettement qu'il ne s'agit pas d'une fièvre typhoïde concomitante. Du reste par le traitement intensif on amène la résolution des phénomènes tellement rapidement qu'il n'y a plus à l'heure présente aucun doute à ce sujet.

Donc la typhose syphilitique est bien une des moda-

lités cliniques de l'infection syphilitique ; elle tend à rapprocher de plus en plus la syphilis du paludisme et de la maladie du sommeil de par ses allures de grande infection sanguine ; mais pourquoi en certaines occasions la syphilis prend-elle ce type particulier : la typhose syphilitique ? Pourquoi celle-ci s'attaque-t-elle plus spécialement au sexe féminin ? Voilà autant de questions auxquelles nous ne saurions répondre aisément. La prédilection du sexe féminin aux accidents d'adynamie est une loi générale que rien n'a encore expliqué actuellement. Nous nous contenterons de l'enregistrer ici simplement sans en tenter l'interprétation.

CHAPITRE VI

DIAGNOSTIC

« Pour l'énorme majorité, dit A. Fournier, les erreurs
« qui se commettent relativement à la fièvre syphili-
« tique, sont des erreurs de surprise, tenant à ce fait,
« que l'état de syphilis du malade est resté inconnu du
« médecin.

« Que sont, en effet, tous ces cas dans lesquels la
« fièvre syphilitique a été confondue soit avec une fièvre
« d'invasion de rougeole ou de variole, soit avec une
« synoque, une fièvre typhoïde, une fièvre intermittente?
« Presque invariablement des cas, où les médecins
« n'étaient pas au fait de la syphilis de leur malade, ou
« les malades, pour une raison ou pour une autre,
« n'avaient pas déclaré leurs antécédents.

« La syphilis non connue, il va de soi que le diagnos-
« tic de fièvre syphilitique n'est pas institué ».

La conclusion de ce qui précède est facile à tirer :
c'est qu'il peut se présenter deux occurrences, où l'on a

à établir le diagnostic de fièvre syphilitique ; on sait, ou on ne sait pas que le malade est syphilitique ; et ces deux types sont représentés assez exactement par les malades de ville et les malades d'hôpital.

Dans les hôpitaux spéciaux, où le malade entre pour traiter sa syphilis, on est facilement amené à trouver la cause de la fièvre qu'il peut avoir ; en ville, au contraire, un malade a un mouvement de fièvre dont on ne peut s'expliquer l'origine ; si on le questionne sur ses antécédents, à supposer qu'on y ait pensé, 9 fois sur 10, le malade vous cachera avec soin ses antécédents spécifiques surtout, lorsque des considérations sociales d'ordre divers l'y engagent ; parfois aussi le malade ne se contente pas de ne pas avouer : il nie purement et simplement une syphilis antérieure. De plus il arrive fréquemment et ceci chez la femme, et ce sont ces cas qui nous intéressent plus particulièrement, que la syphilis est tout à fait ignorée et cela sans mauvaise foi ; c'est là que le diagnostic devient délicat.

« Retenez ceci, nous dit Fournier dans ses Leçons cliniques : c'est qu'un médecin, en face d'un état « fébrile, dont il ne voit pas nettement la cause, qu'il « ne s'explique pas, a l'obligation de laisser une place « à la syphilis dans les hypothèses qu'il doit faire pour « interpréter cette fièvre : il doit rechercher la syphilis « et s'expliquer catégoriquement sur ce point avec son « malade ».

Mais répétons-le à nouveau le malade nie et cela de bonne foi souvent, il faut alors étayer son diagnostic.

Quels seront donc les signes qui en présence du tufos et d'une fièvre continue devront nous faire penser à la syphilis.

I. — Diagnostic positif

Ce diagnostic n'est certes pas toujours facile et c'est en réalité plus un diagnostic d'élimination que l'on devra faire ; cependant passons en revue les données du problème.

Ce diagnostic positif devra être fait sur un certain nombre de signes *principaux*.

- 1° Forme de la température ;
- 2° Nombre de pulsations ;
- 3° Caractères de la céphalée ;
- 4° Négation de la séro-réaction de Widal (pour le B. d'Eberth et les paratyphiques) ;
- 5° Positivité de la séro-réaction de Wassermann ;
- 6° Apparition d'accidents syphilitiques ;

et quelques signes accessoires tels que langue blanche, saburrale au lieu d'être rôtie, l'œil vif au lieu d'un regard morne, abattu, bonne conservation de l'appétit malgré l'apparence d'un mauvais état général, etc., etc., tous signes dont il faut tenir compte tout en sachant que leur valeur n'est que relative.

Etudions séparément la valeur des signes principaux.

1° La *température* dans sa courbe élevée n'est point aussi continue que celle de la fièvre éberthienne par exemple, n'est pas ondulante comme celle de la mélitococcie, ou intermittente comme celle de l'accès palustre, ou désordonnée souvent comme celle de la grippe. Ce sera surtout la courbe de la température de la fièvre éberthienne qui pourrait donner le change ; mais dans la typhose syphilitique on ne rencontre pas les grandes

oscillations du stade amphibole, ni la période ascendante de Wunderlich ou descendante de Jaccoud. Il n'y a guère que le passage entre le stade amphibole et le stade en plateau qui puisse prêter à confusion.

2° *La non-dissociation* du pouls est assez caractéristique ; mais il ne peut guère servir à établir le diagnostic différentiel qu'avec la fièvre typhoïde, et encore faut-il pour cela qu'il n'y ait au cours de cette fièvre typhoïde aucune complication intercurrente telle qu'une broncho-pneumonie, une myocardite, de l'insuffisance surrénale avec hypotension, etc., etc., pour que le pouls s'accélère et monte dans les environs de 120 ou 130 ; mais généralement l'examen de la malade et l'analyse complet des symptômes permettent facilement d'éviter une telle erreur. La non-dissociation est un bon signe ; mais qui perd toute sa valeur vis-à-vis des autres affections non éberthiennes citées plus haut.

3° *La nature de la céphalée* est certes à notre avis le meilleur des signes. Les malades atteints de fièvre typhoïde présentent une céphalée assez vive, tenace, mais jamais la céphalée violente, odieuse des syphilitiques, céphalée ne laissant ni trêve ni repos, et plus terrible la nuit que le jour. Nos trois malades se plaignaient d'une céphalée intense avec paroxysmes nocturnes, tels qu'on n'est pas vraiment habitué à en rencontrer chez les typhiques. Nous croyons donc que c'est là un signe capital qui à lui seul peut presque faire établir le diagnostic.

4° *L'absence de positivité de la réaction de Widal a* une grande importance surtout si la maladie est à son deuxième septennaire. Mais il faut être très sévère dans son appréciation. Sa positivité doit être bien nette, bien précise ; il faut qu'elle soit positive au $1/25^e$ ou au $1/50^e$ et que l'agglutination soit rapide, il ne faut pas admettre une réaction au $1/10^e$ comme positive, surtout que les réactions humorales produites par l'infection syphilitique peuvent être suffisantes pour produire une agglutination atténuée. Sa positivité bien nette, bien précise doit faire poser le diagnostic de typhoïde. Mais il n'en est pas de même de sa négativité, surtout qu'il est à l'ordre du jour de parler de séro-réaction retardée (Havet. Th. Paris. 1913).

5° *La réaction de Wassermann* peut-elle nous être de quelque secours ? C'est là une question bien délicate. En effet, un malade présentant un état typhoïde douteux peut être en puissance d'une syphilis ignorée de date ancienne et présenter une réaction de Wassermann positive qui fera errer le diagnostic. D'autre part, devons-nous dans des cas comme ceux-là attacher une importance capitale à la réaction de Wassermann et un typhoïdique non syphilitique n'est-il pas susceptible d'avoir un Wassermann positif ?

La réaction de Wassermann est bien positive dans la scarlatine et la lèpre et les derniers travaux de Nicolas et Gaté laissent planer un doute sérieux sur sa spécificité. Enfin, même chez un syphilitique, il existe toute une période où elle peut être négative et c'est justement à cette période d'invasion qu'il arrive parfois

qu'elle soit négative (Citron, Joltrain, Boas); jusqu'alors la toxine n'est pas encore répandue dans le sérum puisqu'elle est sur les globules rouges suivant la théorie exprimée par Boas. Dans des cas comme ceux dont nous nous occupons actuellement il est donc sage de ne tenir compte de la réaction de Wassermann que dans de très faibles proportions et ceci jusqu'à plus ample information sur cette méthode qui entre maintenant dans son étude critique.

6° *L'apparition des accidents syphilitiques* a une importance bien compréhensible; c'est en réalité presque toujours elle qui a permis de poser le diagnostic et dicté l'intervention thérapeutique immédiate. Ces accidents sont la roséole maculeuse ou papuleuse, et les accidents muqueux. La roséole est facilement découverte la plupart du temps en recherchant les taches rosées pour établir le diagnostic de fièvre éberthienne à laquelle fait songer le tufus profond des malades.

Disons enfin pour terminer que différents signes peuvent à eux seuls confirmer notre diagnostic et signer en quelque sorte la nature syphilitique de l'affection : trois éventualités peuvent en effet se produire à la suite de l'institution du traitement spécifique :

a) Ou bien il se prodnit une chute brusque de la température. (Elle s'est produite au 2^e jour dans notre 2^e observation).

b) Ou bien il se produit une brusque poussée thermique le soir même de l'institution du traitement (voir observation I).

c) Ou bien enfin il peut se produire une réaction d'Herxheimer typique avec élévation de la température, symptômes généraux plus ou moins graves, et exagération des lésions cutanées.

II. — Diagnostic différentiel

Nous devons donc retenir de notre diagnostic positif quelques points capitaux : la non-dissociation du pouls et de la température, la céphalée d'ordre particulier, la négativité du séro-diagnostic de Widal. Il nous faut maintenant passer en revue les différentes affections qui pourraient donner le change et qui sont susceptibles d'avoir un pouls élevé avec température haute, de causer une céphalée vive, d'avoir un séro-diagnostic négatif et de ne présenter aucune localisation viscérale permettant d'étayer le diagnostic.

1° La *période prééruptive des fièvres éruptives* peut parfois prêter à confusion ; mais la notion d'épidémicité, de contagion, l'apparition de l'exanthème ou d'un rash font faire le diagnostic.

2° La *grippe* peut quelquefois donner le change, mais son allure particulière permet de la diagnostiquer rapidement.

3° La *Psittacose* par son caractère épidémique est d'un diagnostic ordinairement facile. A l'auscultation du poumon on note d'autre part des manifestations pulmonaires qui fixent le diagnostic ; et enfin si celui-ci

est encore incertain, un examen bactériologique du sang lève toute hésitation.

4° La *granulie* voit son diagnostic souvent établi par la ponction lombaire ou la trouvaille d'un foyer bacillaire ou par une investigation habile dans les antécédents, enfin l'évolution rapide met sur la voie du diagnostic.

5° La *typho-bacillose* présente certes un diagnostic plus délicat, souvent fort difficile à établir, ce sont encore les antécédents, l'évolution de la maladie, la recherche du Bacille de Koch dans le sang qui étayerait le diagnostic.

6° Citons encore les *formes méningées atténuées de la maladie de Heine-Medin* (Hutinel), le *typhus récurrent* diagnostiqué par la recherche du spirille d'Obermayer.

7° La *Malaria*, dont la courbe de température a une allure si particulière et qui peut encore être diagnostiquée par la recherche dans le sang de l'hématozoaire de Laveran.

Restent les deux affections avec lesquelles peut être confondue, le plus facilement, le plus couramment, toujours pour ainsi dire, car c'est l'erreur obligatoire, la typhose syphilitique ; nous voulons parler de la *fièvre typhoïde* et des *infections à paratyphoïdes*. Nous résumons ce diagnostic en un tableau schématique qui fera d'un seul coup comprendre tout le diagnostic différentiel et pour lequel nous nous inspirerons du reste du tableau établi par Fournier.

Fièvre typhoïde

Typhose syphilitique

- | | |
|---|--|
| I. | I. Antécédents syphilitiques récents. |
| II. Epistaxis habituelles initiales. | II. |
| III. Adynamie générale, facies spécialremarquable par l'expression de stupeur. | III. Le malade est abattu, somnolent plutôt que stupéfié. |
| IV. L'œil est morne, vague. | IV. Œil vif, brillant. |
| V. Sécheresse caractéristique de la langue. Fuliginosité. | V. Langue humide, grise ou blanchâtre, non rôtie, non fuligineuse. |
| VI. Sécheresse de la peau. | VI. Pas de sécheresse de la peau qui est souvent halitueuse. |
| VII. Torpeur de l'intellect. Conversation difficile, impossible même. Réponses vagues, incertaines. | VII. Intelligence non affectée. Conversation toujours possible. Réponses précises. |
| VIII. Subdélirium nocturne, très habituel, parfois délire. | VIII. Ni subdélirium, ni délire. |
| IX. Céphalée intense, pénible et continue, mais n'arrachant pas de plainte au malade. | IX. Céphalée intense, terrible, à exacerbation nocturne. |
| X. Courbe de température bien spéciale. | X. |

Fièvre typhoïde

(Suite)

Typhose syphilitique

(Suite)

XI. Discordance du pouls et de la température.	XI.
XII. Signes abdominaux peu fréquents et peu persistants.	XII. Signes abdominaux.
XIII.	XIII. Râles bronchitiques.
XIV. Apparition des accidents syphilitiques.	XIV. Taches rosées.
XV. Réaction de Widal, positive.	XV.
XVI. Hémoculture positive.	XVI.
XVII. Evolution caractéristique.	XVII. Aucune évolution caractéristique.

On voit donc aisément en parcourant ce tableau que les signes capitaux du diagnostic différentiel de la fièvre typhoïde et de la typhose syphilitique sont la céphalée et la positivité de la réaction de Widal ; que l'augmentation de volume de la rate, prise en considération par les anciens auteurs, n'a aucune valeur : elle est toujours augmentée dans ces deux affections.

Enfin disons en dernier lieu, et pour clore le chapitre, que la notion d'épidémicité peut avoir une certaine importance ; elle peut en temps d'épidémie de fièvre typhoïde faire pencher le diagnostic en ce sens, témoin ce qui s'est passé au sujet de notre observation III. C'est donc une notion non dénuée d'importance, mais dont il faut savoir s'affranchir quelquefois.

CHAPITRE VII

TRAITEMENT

Jusqu'à présent le traitement de la typhose syphilitique n'a jamais été fait suivant les données actuelles de la thérapeutique. Depuis la découverte sensationnelle d'Ehrlich la thérapeutique de la syphilis est entrée dans une ère nouvelle.

Nous avons vu au cours de ces dernières années que si on n'avait pu obtenir la *thérapie sterilisans magna* espérée par le savant allemand et ses élèves on devait toutefois tenir compte des résultats souvent inattendus qu'offre le dioxydiamido arsено-benzol dans le traitement de la syphilis.

L'emploi de ce sel permet un traitement d'attaque qui n'est pas sans importance vis-à-vis de l'évolution et qui nous donnera une base solide pour constituer un traitement de fond par les différents composés mercuriels que nous avons à notre disposition.

Notre thérapeutique sera donc dominée par l'emploi

du salvarsan, associé au mercure soit dès le début, soit ultérieurement.

Nous avons vu au cours de ce bref exposé qu'il fallait, à notre avis, considérer la typhose syphilitique comme une véritable septicémie à tréponèmes. Nous avons vu aussi quelle marque imprimait cette infection au niveau d'organes essentiels tels que la rate et le foie, et aussi au point de vue de l'avenir sur les méninges et l'axe cérébro-spinal.

Aussi dans notre thérapeutique il n'y a pas à tergiverser un seul instant : il faut frapper vite et fort ; ce sera seulement par un traitement intensif que nous pourrons obtenir la résolution des phénomènes morbides qui accompagnent la typhose syphilitique. La chute de température est fonction précise de ce traitement : les courbes que nous avons produites dans nos observations en sont une preuve bien convaincante ; d'autre part nous ne pouvons obtenir la disparition de l'adynamie, si pénible pour le malade, si inquiétante parfois pour l'entourage, que par ce traitement rapide et intensif.

Mais dans un tel traitement la prudence se recommande. Il ne faudrait pas croire que l'on puisse injecter impunément des doses massives sous le prétexte de gagner du temps et de se rapprocher le plus possible de l'idéal de la stérilisation. Nous nous exposerions par un tel procédé aux accidents déroutants de la *réaction d'Herxheimer*. Voici ce que l'on entend généralement sous ce nom : Un malade subit en pleine roséole une injection forte de salvarsan, par exemple 0 gr. 30 de salvarsan (ou 0 gr. 45 de néosàlvarsan) : quelques

heures après l'injection la température, demeurée normale ou faiblement élevée jusque là, monte brusquement, le pouls s'accélère, le malade présente des frissons, des maux de tête violents, puis des accidents cutanés se manifestent : la roséole qui jusque-là avait conservé son caractère typique s'exagère, elle devient papuleuse, les éléments deviennent confluents, souvent l'éruption prend le type de l'érythème scarlatiniforme ; puis, après un temps plus ou moins long, suivant l'intensité même de la réaction, ces phénomènes s'atténuent, la température tombe, les accidents cutanés diminuent peu à peu et finissent par disparaître. Bien heureux encore quand ces accidents n'ont pas pris un caractère plus alarmant, lorsque le malade n'a pas présenté de réaction méningée vive avec photophobie, raideur de la nuque, signe de Kernig, le tout accompagné de nausées et de vomissements bilieux incoercibles. Disons pour terminer que, dans quelques cas heureusement rares, on a vu les malades rester plusieurs heures dans un collapsus alarmant et l'on a pu même quelquefois assister à un dénouement fatal.

L'interprétation de la réaction d'Herxheimer est évidemment délicate. On a prétendu qu'elle était due à une sensibilité spéciale vis-à-vis du dioxydiamidoarsénobenzol ; on a voulu rendre surtout la quantité de sérum artificiel injecté (lorsque au début on se servait du salvarsan) responsable de tout le mal. Mais maintenant avec la technique, préconisée par Ravault, des injections concentrées de néo-salvarsan, une telle hypothèse n'est plus soutenable.

Il ne semble pas que ce soit la toxicité du sel d'Ehrlich

que l'on doive accuser en telle occurrence puisque la 1^{re} injection produit ces phénomènes. On tend actuellement, sans que nous voulions discuter ou prendre parti pour une opinion, à incriminer un processus biologique assez naturel, celui des décharges endotoxiniques venues des tréponèmes circulant dans le sang et brusquement détruits par le salvarsan. Aussi vaudra-t-il mieux n'employer au début que des doses faibles de 606 ou de 914, ou encore faire, pendant quelques jours avant les injections arsenicales, les injections de sels mercuriels afin de préparer, si l'on peut s'exprimer ainsi, le malade à recevoir les doses normales de 606. Ceci nous amène donc à conduire notre traitement de la façon suivante.

Dès les premiers instants où le diagnostic a été posé d'une façon indubitable nous - conseillons deux méthodes, analogues du reste en leur principe.

1^o Ou bien injecter consécutivement pendant trois jours un sel mercuriel soluble tel que le biiodure ou le benzoate moins douloureux et souvent mieux toléré, et ensuite, lorsque le malade aura été ainsi préparé, injecter une dose assez faible, 0 gr. 30 de néo-salvarsan par exemple, et alors, si cette dose a bien été tolérée, continuer ultérieurement 5 à 6 jours après, le traitement habituel par le néo-salvarsan avec ses doses rapidement croissantes. Nous conseillons toutefois, entre les injections de sel arsenical, de ne pas abandonner le traitement mercuriel et d'injecter 0 gr. 01 ou même 0 gr. 02 de biiodure.

2^o Ou bien commencer d'emblée par le néo-salvarsan, mais alors par des doses excessivement faibles, 0 gr. 10

ou même 0 gr. 05, répéter quelques jours après une dose de 0 gr. 20, puis 0 gr. 30, et enfin passer progressivement aux doses élevées ; pour se résumer, tâter consciencieusement la susceptibilité du malade.

Ceci fait, lorsque nous aurons obtenu la régression totale de tous les symptômes par le traitement arsenical auquel, suivant notre habitude, nous aurons adjoint le traitement mercuriel, nous ferons alors à notre malade un traitement mercuriel de fond suivant les indications en honneur depuis A. Fournier, alternant l'emploi du biiodure et l'emploi de l'huile grise, quitte à revenir au besoin, si apparaissaient quelques troubles locaux ou généraux, au traitement salvarsanisé.

Voici pour le traitement spécifique, reste un traitement général. Notre tâche à ce sujet est singulièrement simplifiée. Déjà l'arsenic est un reconstituant excellent ; il peut être un adjuvant précieux dans la lutte contre l'anémie, résultat de l'infection syphilitique. D'autre part l'emploi du sirop d'hémoglobine, du peptonate de fer trouvera aussi ses indications. Enfin disons que jusqu'à la disparition des accidents locaux et généraux nous continuerons le traitement institué chaque fois dès le début avant le diagnostic : c'est-à-dire la diète hydrique ou lactée. Il faut en effet être assez sévère sur le régime alimentaire des malades, il faut empêcher toute alimentation solide qui ne pourrait qu'entretenir ou exciter les troubles gastro-intestinaux.

On ne sait pas, à l'heure actuelle, si dans tous les cas de typhose syphilitique, il n'y a pas d'ulcérations analogues à celles qu'ont signalées MM. Hayem et Tessier. Dans tous les cas il faut être prudent et, pour prévenir

une perforation possible, il faut instituer la diète liquide.

Disons pour terminer ce chapitre que l'emploi du mercure nous oblige à une surveillance particulière de l'état de la bouche et des dents. Le nettoyage fréquent de la cavité buccale, les lavages et les gargarismes au chlorate de potasse sont recommandés.

CHAPITRE VIII

OBSERVATIONS

Nous avons cru bon, avant de terminer, de rapporter aussi succinctement que possible les observations, les plus typiques que nous avons pu trouver dans la littérature médicale.

Courtaux (Thèse Paris, 1871) présente quatre observations particulièrement intéressantes.

La 1^{re} observation a trait à une malade de 18 ans, qui à son entrée à l'hôpital de Lourcine, le 18 mai 1869, présentait sur la grande lèvre gauche un chancre induré typique et des papules muqueuses confluentes sur les grandes lèvres et sur la face supéro-interne des cuisses. Depuis environ 15 jours, la malade souffrait de céphalalgie et d'insomnie, et des accès de fièvre quotidiens se manifestaient vers cinq heures après midi et duraient deux heures environ. Dans ces derniers jours, la malade a remarqué qu'elle avait une faim continuelle et une soif intense. Mêmes symptômes les jours suivants : mais plus accentués : courbature générale, boulimie, soif vive, fièvre quotidienne, irrégulière, sueurs pro-

fuses : la rate est normale. Jusque vers le 20 juillet, persistance de la fièvre qui est tantôt intermittente, tantôt continue, s'élevant parfois jusqu'à 39°8 : on note des érosions amygdaliennes, de la céphalée, de l'insomnie nocturne, et pendant quelques jours au contraire de la somnolence continue, un abattement profond, une asthénie très accusée, de l'irrégularité et de la faiblesse du poulx. Ce n'est que vers la fin de juillet qu'une amélioration se manifeste sous l'influence du traitement diathésique.

La 2^e observation concerne une malade de 23 ans qui éprouvait depuis un mois des malaises, de la céphalalgie en même temps qu'elle avait remarqué l'apparition de petits boutons sur la petite lèvre droite. Elle entre le 5 février 1869 dans le service de M. Fournier, à l'hôpital de Lourcine, où l'on constate des accidents secondaires typiques. Le traitement antisypilitique est constitué. Le 28 février au soir, on note l'apparition d'une fièvre assez élevée (39°2 -- poulx 104), qui persiste pendant plusieurs jours et s'accompagne de céphalalgie continue, avec légère rémission matutinale (38°3). Le 4 mars amélioration rapide : la malade quitte l'hôpital le 13 avril sans nouvel accès fébrile et guérie de ces accidents.

La 3^e observation est celle d'une jeune domestique de 18 ans, qui entre le 12 janvier 1869 à l'hôpital de Lourcine, pour une syphilis dont le début remonte à 15 jours. Le 1^{er} février, la malade se plaint de malaise général, de courbature, d'insomnie ; en même temps on note l'apparition sur l'abdomen de quelques petites taches rosées et la fièvre s'installe dans la soirée avec boulimie, soit très vive, céphalée très intense. Cet état persiste jusqu'au 23 février avec les mêmes symptômes : le 8 février on note une épistaxis abondante. Le traitement spécifique est institué dès le 7 février (4 pilule de protoiodure de 0,05 Hg.). Vers le 18 février, la fièvre diminue et la chute de la température se

produit définitivement le 23 février en même temps que la roséole s'efface. La malade sort guérie le 15 mars.

Dans la 4^e observation enfin, il est question d'une couturière de 25 ans qui entre à l'hôpital de Lourcine le 25 mai 1861 avec un chancre multiple à la vulve. Vers le 8 juin, se déclarent les premiers phénomènes de la période secondaire : céphalée, papules rosées disséminées sur l'abdomen, croûtes du cuir chevelu, boulimie. Le 14 juin apparaissent d'autres phénomènes assez particuliers : algidité des extrémités qui sont recouvertes de sueurs profuses, courbature générale, sensation de fatigue dans tous les membres, arthralgies au niveau des genoux, insomnie, céphalée intense, vertiges, étourdissements. La malade apprend d'autre part que depuis 8 jours environ elle éprouve tous les soirs de 6 à 9 heures un accès de fièvre assez violent. Le 14 juin au soir on l'observe à ce point de vue et on constate en effet une température axillaire de 38°4 avec pouls à 120. Le 15 juin, la fièvre persiste et la diarrhée s'installe. Du 15 au 23 juin même état, et on est avant tout frappé à ce moment de la coïncidence d'un appétit des plus voraces avec phénomènes fébriles très accentués et un état de prostration presque typhoïde et de l'état de la langue qui, pendant toute cette période, est restée humide, nette, sans le moindre enduit saburral.

A dater du 26 la boulimie diminue, puis disparaît en même temps que les autres symptômes s'atténuent et que la fièvre tombe définitivement.

Un traitement antisiphilitique avait été institué dès le début, mais la femme avoua, lors de sa sortie, n'avoir jamais pris aucune des pilules ni des potions prescrites.

En résumé, dans ces quatre observations nous retrouvons les symptômes fondamentaux de la typhose siphilitique : adynamie, prostration souvent extrême,

céphalée violente, troubles digestifs, diarrhée, fièvre assez élevée présentant souvent le type continu mais sans discordance avec le pouls qui reste assez fréquent, et enfin modification fréquente du volume de la rate.

Dans la thèse de Monier (Bordeaux, 1872) nous avons pu relever également quelques observations analogues.

Le 1^{er} cas rapporté a trait à une malade de 21 ans, qui dans la soirée du 27 décembre, fut prise brusquement de frissons répétés avec température axillaire à 39° et pouls régulier à 95. La malade présente un état de prostration et de faiblesse extrêmes et se plaint de douleurs de tête violentes surtout localisées à la région frontale. Interrogée, elle déclare que depuis 5 ou 6 jours elle mangeait avec moins d'appétit et se sentait très lasse. Le foie et la rate ne sont pas modifiés de volume.

Le 28 décembre, même état encore plus accentué : température 38°5, sueurs profuses, céphalée violente, langue sale, nausées, inappétence absolue. Sur l'abdomen pas de taches lenticulaires, pas de ballonnement du ventre, pas de gargouillement ni de douleurs dans la fosse iliaque droite, constipation, pas d'épistaxis. Pourtant en présence de ces symptômes on pense avoir affaire à un embarras gastrique fébrile ou même à une *fièvre typhoïde* : le soir de ce même jour la céphalée était encore plus intense, l'inappétence absolue, la température axillaire était à 39°3, le pouls entre 90 et 100.

Le 29 décembre en découvrant l'abdomen on aperçoit de petites taches rosées, s'effaçant sous le doigt et ressemblant absolument à des taches lenticulaires.

Le 30 décembre, même état, mais la langue est moins sale (un purgatif avait provoqué deux selles), et en examinant l'abdomen on constate que les taches sont plus nombreuses et ne

s'effacent plus sous la pression du doigt ; de plus on aperçoit sur la cuisse droite deux grosses papules d'un rouge vineux. Ce dernier fait, l'augmentation des taches rosées et leur transformation papuleuse fait songer à la syphilis : les aines sont alors examinées et on trouve dans l'aine gauche deux ganglions indolores et roulant sous le doigt. La céphalée persiste, la température se maintient à 39°.

Le 31 décembre, les taches ayant augmenté de largeur et ayant envahi le thorax et les cuisses en même temps qu'elles présentent une teinte cuivrée caractéristique on pose le diagnostic de syphilis, mais on ne retrouve pas de trace de chancre : il existe seulement quelques ulcérations sans caractères bien nets au niveau des organes génitaux externes.

Le soir l'éruption est généralisée sur tout le corps, la température est de 39°4, mais la céphalée diminue et le 1^{er} janvier tous les symptômes y compris la fièvre ont complètement disparu (sauf l'éruption). Le traitement est alors institué : protoiodure Hg 0 gr. 03, iodure de potassium 1 gr. Au bout de 15 jours de traitement la roséole disparaît complètement.

La 2^e observation concerne une malade de 20 ans, qui depuis un mois ressentait tous les soirs des maux de tête assez violents. Elle entre à Saint-André le 28 mars. Elle apprend que le 23 février elle présenta de la fièvre en même temps qu'une éruption se montrait sur le cou et sur la face : vers le 13 mars inappétence, courbature. Le jour de son entrée la malade a un facies abattu et le thermomètre marque 39°5. Le lendemain on pouvait croire à la *fièvre typhoïde* à la période d'état : on constatait en effet sur l'abdomen une éruption rosée, lenticulaire, mais cependant formée de papules plus volumineuses et plus colorées. La coexistence de plaques muqueuses au niveau des lèvres fait alors songer à la nature syphilitique de l'éruption : la langue est blanche, saburrale, il existe de l'adénopathie généra-

lisée, mais la rate est normale. Le traitement spécifique est alors institué : au bout de 18 jours tous les symptômes étaient disparus et la température était redevenue normale.

Dans une 3^e observation, il s'agit d'une femme de 25 ans, brocheuse, qui présentait à son entrée à l'hôpital Saint-André le 24 mai une éruption papuleuse localisée à la marge de l'anus, au périnée et à la partie interne des cuisses. Un traitement hydrargyrique est institué. Le 10 juin la malade est abattue, se plaint d'inappétence, de malaises, de céphalée, la température monte jusqu'à 40°2 le matin, à 40°5 le soir, pouls à 120. Les jours suivants même état avec céphalée plus intense. Le 15 juin les symptômes s'amendent, la température tombe à 38° et le 22 la fièvre disparaît complètement : la malade sort guérie : sous l'influence du mercure il y avait eu cessation rapide des accidents.

Une 4^e observation enfin a trait à un journalier qui entre le 5 avril à l'hôpital Saint-André pour de violents maux de tête survenus depuis 8 jours : il éprouve des vertiges, présente des vomissements, de la diarrhée, des épistaxis, une température de 40°. La langue est blanche, sale ; pas de ballonnement du ventre, mais fosse iliaque droite douloureuse.

Le malade présente une éruption presque confluyente de taches rosées, assez larges, peu saillantes, étendues à tout le ventre, et disparaissant sous le doigt pour reparaitre ensuite. L'état du malade paraît être celui d'un *typhique*. La confluence des taches fait chercher, et on trouve à la racine de la verge une cicatrice surmontant une plaque indurée et présentant l'apparence d'un chancre récent. Il existe des ganglions inguinaux, indolores, roulant sous le doigt : sur les piliers on découvre deux plaques ainsi qu'à la commissure des lèvres.

Le 6 avril la température descend à 39° puis remonte à 40° le 7 avril et atteint 40°2 le 9. Malgré cette fièvre plus d'abattement.

Le 18 la température est tombée, la roséole a disparu. Sirop de Gibert.

Potain (*Gazette des Hôpitaux*, 1878) rapporte le cas d'une malade qui était couchée au lit n° 11 de la salle Sainte-Adélaïde et qui, présentait à son entrée une éruption roséolique caractéristique. Il existait de plus de la céphalée intense accompagnée d'une fièvre élevée durant depuis deux mois mais avec une intensité de moins en moins considérable : il faut ajouter que cette femme présentait en même temps de la bronchite tuberculeuse. Et Potain de se demander si la fièvre était produite par la tuberculose ou par la syphilis ? « Je n'hésite pas à affirmer, dit-il, que c'est bien de la fièvre syphilitique : la syphilis en effet, s'accompagne aisément d'un processus fébrile... Mais souvent on confond cette fièvre syphilitique avec une fièvre éruptive, avec le début de la *fièvre typhoïde* ; l'erreur est d'autant plus facile que souvent la prostration est extrême et rappelle complètement celle d'une fièvre synoque. De ce fait il ressort un enseignement utile : toutes les fois que le médecin se trouve en présence d'un malade atteint de fièvre à répétition d'un caractère indécis, dont il ne trouve aucune explication bien nette, bien satisfaisante, il doit chercher la syphilis ».

« C'est contre la céphalée, ajoute-t-il, qu'on dirige le traitement antisiphilitique avec énergie, d'autant plus que si elle résiste à l'opium, à la quinine, etc., qu'on prescrit généralement en pareille circonstance, elle est rapidement guérie dès qu'on institue le traitement spécial de l'affection syphilitique ».

On trouve également dans la *Gazette des Hôpitaux* de 1879 deux observations intéressantes rapportées par Bucquoy.

La 1^{re} concerne une jeune fille de 18 ans, entrée au n° 2 de la Salle Saint-Philippe, le 16 Février, se plaignant d'éprouver depuis

deux jours des accidents fébriles intenses. Elle avait été prise subitement de frissons violents, de céphalalgie très forte, d'insomnie, de prostration complète. Le soir de son entrée la fièvre existait encore intense, accompagnée d'un mal de tête des plus violents. Le lendemain matin l'état fébrile s'était un peu modifié : la température était tombée de 39°5 à 37°4. « Cependant, dit Bucquoy, les phénomènes du début m'avaient fait redouter une affection fébrile grave, une *fièvre continue probable*, je cherchais du côté de l'abdomen les symptômes de la *fièvre typhoïde*, quoique la chute de la température fut peu favorable à ce diagnostic, et je fus fort étonné de rencontrer, au lieu des taches rosées lenticulaires, une roséole disséminée sur le tronc et l'abdomen ; je demandai immédiatement des renseignements sur une syphilis antérieure, et j'en reçus qui n'étaient pas douteux. En effet, cette jeune fille avait contracté un chancre six semaines auparavant : on en voyait encore les traces sur la région gauche de la vulve, et l'adénite inguinale existait encore. S'inquiétant de ces accidents la jeune malade était entrée dans le service de M. Fournier où elle était restée huit jours. Mais le chancre s'était élargi elle avait fait un second séjour de 8 jours chez M. Fournier et y avait commencé un traitement mercuriel. C'est deux jours après sa sortie de Saint-Louis qu'elle avait été prise soudain des accidents fébriles qui l'avaient amenée dans notre service.

Nous avons donc bien le droit de dire qu'il s'agissait d'une fièvre syphilitique, la marche de la fièvre ayant encore été caractéristique ». La fièvre dura sept jours oscillant entre 38°7 et 38° pour retomber au 7^e jour à 37°. En même temps que la fièvre les symptômes d'une affection fébrile ordinaire persistaient avec intensité : perte de l'appétit, constipation, langue blanche, étalée, et surtout céphalée opiniâtre, insomnie, lassitude générale « tous symptômes, ajoute Bucquoy, qui nous autorisait facilement, si on avait méconnu la roséole, à les rapporter à une simple fièvre synoque ou catarrhale ».

Dans la 2^e observation de Bucquoy il s'agit d'un garçon tonnelier âgé de 20 ans, qui avait été reçu à l'hôpital du Midi, le 6 février pour un chancre contracté au début de ce mois. Le 23 février il avait commencé à être pris d'accidents fébriles particuliers, fatigue insolite, vertiges, étourdissements, céphalée, douleurs de ventre localisées au côté droit de l'abdomen.

Il fut évacué le 11 mars dans le service de Bucquoy. « Le 12, rapporte Bucquoy, je fus frappé de son état d'abattement, de sa mauvaise mine ; la température 39°1, la fréquence du pouls, la langue sale et sèche, les lèvres fuligineuses lui donnaient complètement l'aspect d'un malade atteint de *fièvre typhoïde* de moyenne intensité. Le gargouillement existait dans la fosse iliaque droite : je le découvris pour rechercher les taches rosées, et je constatai une éruption des plus abondantes ; toute la surface du tronc et de l'abdomen, la racine des membres, étaient le siège d'une éruption presque confluyente de papules très abondantes. Était-ce là une éruption typhique ? C'étaient bien des papules avec coloration plus intense que dans les cas ordinaires, une saillie plus prononcée et une abondance extrême, que l'on ne rencontre pas habituellement dans la fièvre typhoïde. Mais dès que j'appris l'histoire de ce malade il fallut poser nettement la question et me demander si c'était de la syphilis ou de la fièvre typhoïde ?

Il y avait bien de la constipation, mais si l'on examinait le début de la maladie, sa marche, son apparition chez un sujet venu à Paris depuis deux ans, la douleur abdominale, la courbature, la lassitude générale, tout cela autorisait le diagnostic de fièvre typhoïde.

D'autre part on pouvait le combattre en disant qu'il n'y avait pas eu d'épistaxis, pas de diarrhée, pas de râles dans la poitrine ; que l'éruption était très abondante, avec saillie très considérable des papules, et coloration plus marquée que celle des taches rosées ; celles de coloration rose plus tendre s'effaçaient pourtant sous le doigt ».

La marche de la maladie devait en imposer pour une fièvre continue : la défervescence commencée vers le 15^e jour était complète, après quelques oscillations, vers le 21^e jour. Le malade entra en convalescence comme y entre un typhique, sans avoir présenté cet état adynamique qui se prolonge après une fièvre syphilitique.

Des sudamina avaient été constatés vers le 15^e jour comme dans la fièvre typhoïde.

Bournoville rapporte dans sa thèse (page 69) trois observations du Docteur E. Gaucher, médecin des Hôpitaux.

La 1^{re} concerne un jeune homme de 23 ans, qui avait été reçu au mois d'août 1881 dans le service de Bucquoy, avec le diagnostic probable de fièvre typhoïde.

Depuis 8 jours environ il présentait de la céphalalgie, de la diarrhée, de la stupeur, de l'insomnie avec subdélire nocturne ; la langue était saburrale : il y avait de la fièvre avec exacerbation vespérale.

En examinant le malade on découvrit une roséole discrète sur le tronc et l'abdomen et un chancre en voie de cicatrisation sur le gland. Il n'y avait ni épistaxis, ni bronchite, mais un peu de ballonnement du ventre.

Le malade fut mis au traitement spécifique et les phénomènes typhoïdes disparurent.

La 2^e observation est celle d'un homme de 30 ans, qui présentait à peu près les mêmes symptômes que le précédent : céphalalgie, langue sale, fièvre avec exacerbation vespérale, diarrhée, agitation, délire nocturne, ballonnement du ventre. On diagnostiqua d'abord une *fièvre typhoïde*, d'autant plus que le ventre présentait quelques macules rosées, qu'un examen plus appro-

fondi fit reconnaître comme un début de roséole syphilitique. Le malade avait, en effet, sur le pénis, un large chancre recouvert d'une croûte noirâtre et accompagné d'un engorgement ganglionnaire inguinal.

Le traitement spécifique eut promptement raison de ces accidents d'aspect typhoïde.

La 3^e enfin concerne une femme de 27 ans, qui présentait depuis une quinzaine de jours une céphalalgie violente avec stupeur, agitation et délire nocturne. La fièvre était continue, la température irrégulière atteignait parfois 40°. Il y avait des alternatives de diarrhée et de constipation, du ballonnement du ventre, mais pas d'épistaxis, pas de bronchite, aucun râle dans la poitrine et cependant de la dyspnée.

Le médecin traitant hésitait entre une *fièvre typhoïde* et une granulie, en penchant vers ce dernier diagnostic, car le père de la malade était mort de la poitrine.

« J'hésitai moi-même assez longtemps, dit Gaucher, quand en examinant avec soin tout le corps, je découvris au-dessus du coude gauche deux papules squameuses, cuivrées, dont la nature spécifique me semblait évidente ; mon confrère partagea mon opinion et, sans faire aucune question à la malade, je prescrivis des pilules de Dupuytren et l'iodure de sodium à deux grammes par jour.

Huit jours après, cette femme était guérie, et au bout de 15 jours, elle venait chez moi me remercier ! Mais, pendant la maladie, le pharmacien indiscret avait parlé du traitement mercuriel, la famille interrogea le mari qui avoua effectivement avoir contracté récemment la syphilis et l'avoir communiquée à sa femme ».

Le Docteur E. Leblond (in thèse de Bournoville, p. 71) rapporte l'histoire d'un malade âgé de 28 ans qui, ayant contracté la syphilis au mois de janvier 1884, présenta quatre semaines

après le début du chancre une inappétence absolue, un état saburral des voies digestives, des nausées et une diarrhée légère : la température était de 38°5. le malade se plaignait de céphalalgie intense, de courbature généralisée, mais il n'existait pas de douleurs dans la fosse cardiaque. Le soir la température était de 39° dans l'aisselle.

« En présence de tels symptômes, dit Leblond, je crus avoir affaire à une *fièvre typhoïde*, lorsque mettant à nu la poitrine, je découvris quelques taches rosées : il y en avait aussi quelques-unes sur les cuisses et sur le ventre. La fièvre, qui s'était maintenue le lendemain à 38° le matin et à 39° le soir, tomba définitivement au 5^e jour.

La roséole pendant ce temps s'était accusée de plus et avait gagné la face : dès ce moment j'administrai des pilules de 0 gr. 10 centigr. de tannate de Hg. : pendant 8 jours il en prit 2 et ensuite 3 dans les 24 heures. La roséole disparut en 12 jours, et je ne saurais attribuer cette fièvre, qui dura environ 7 jours, qu'à l'éruption qui se faisait en ce moment ».

M. Tessier (in thèse de Bournoville, p. 73) cite l'observation d'un employé de théâtre, âgé de 32 ans, qui entre le 15 août 1886 à l'hôpital Bichat : depuis un mois environ il ressentait des malaises, des douleurs vagues dans les jambes, de la céphalée surtout nocturne et de l'insomnie.

A son entrée la langue est sale, saburrale ; le ventre légèrement ballonné, mais non douloureux et sans gargouillement dans la fosse iliaque droite ; la rate n'est pas perceptible à la percussion ; il existe de la diarrhée, pas d'épistaxis ; état d'affaissement ; rien aux autres appareils. Le pouls est régulier, dépressible, bat à 90 ; température du soir 39°5 : pas de taches rosées à ce moment.

Le 17 août persistance des mêmes symptômes, mais on constate en plus, sur la partie inférieure du thorax, plusieurs petites taches

érythémateuses, arrondies, du diamètre d'une lentille et ressemblant plutôt à une roséole éruptive qu'à une éruption vraie.

Le lendemain l'éruption se généralise, devient légèrement papuleuse, s'effaçant moins bien sous le doigt. Interrogé au point de vue de la syphilis, le malade déclare avoir eu, il y a 2 mois, une légère ulcération sur le prépuce. La palpation de ce point y montre de l'induration, quelques ganglions tuméfiés, indolores, roulant sur le doigt dans l'aîne gauche. Traitement spécifique. T. : matin 38°2 ; soir 39°.

Les jours suivants les symptômes ne tardent pas à s'amender, la céphalée est moins intense, l'état général meilleur le 23 août la fièvre est complètement tombée ».

Morin (Thèse Paris, 1888) décrit l'histoire d'une malade âgée de 21 ans, couturière, qui présentait sur tout le corps, la face et particulièrement sur le front, une éruption généralisée polymorphe simulant la variole et l'érythème polymorphe.

M. Fournier pensa d'abord à la variole : la malade en effet était atteinte d'une fièvre intense, la peau était brûlante, le pouls rapide, le facies tiré, l'air hébété ; la langue était grisâtre, rouge sur les bords ; l'inappétence était absolue ; enfin la malade accusait une céphalalgie intense. En découvrant le tronc, l'éruption diffuse change de caractère : elle est papuleuse en certains points, papulo-squameuse en d'autres, de couleur cuivrée sur le ventre. Dans l'aîne gauche on trouve un volumineux ganglion qui met sur la voie du diagnostic : à l'examen des parties génitales on remarque l'existence de syphilides ulcéreuses au niveau des petites lèvres et d'un chancre de l'étendue d'une pièce de 1 franc au niveau de la commissure inférieure.

Le lendemain persistance des mêmes symptômes : céphalalgie, inappétence, insomnie, langue saburrale, prostration, pas de diarrhée, ni d'épistaxis, ni de vomissements, fièvre à 39°3, pouls à 96.

Le traitement spécifique est institué.

Quatre jours après, le 17 janvier, l'éruption s'est totalement modifiée, l'état général s'est considérablement amélioré, la céphalalgie a diminué.

Le 25 janvier la malade sort ; la fièvre est complètement tombée.

Le Docteur Lapervenche (in thèse Bournoville, p. 76) rapporte l'observation d'une malade qui présenta en juin 1887, sans prodromes apparents, un état fébrile intense (T. axillaire 40°) : le pouls, régulier était un peu rapide ; la malade, couchée sur le dos, est dans un état de prostration complète, se plaint de céphalalgie interne. On se demande si on a affaire à un embarras gastrique fébrile ou à un début de *fièvre typhoïde* : cependant il n'y a pas eu d'épistaxis, ni de gargouillement ni de douleur dans la fosse iliaque, pas de diarrhée, pas d'état saburral très net.

On la met au traitement rationnel avec sulfate de quinine, mais au bout de 5 à 6 jours il n'y avait aucune modification dans l'état général.

A ce moment un examen approfondi de l'abdomen pratiqué pour rechercher des taches, fait découvrir dans les aines une chaîne ganglionnaire très accentuée qui éveille l'idée de syphilis. Bien que la malade ne puisse donner aucun renseignement à ce sujet et qu'on ne trouve aucune cicatrice de chancre sur les parties génitales on fait à la malade des injections sous-cutanées de peptonate mercurique.

Deux jours après l'apparition d'une roséole confluyente et de syphilides buccales venaient confirmer le diagnostic de fièvre syphilitique.

Le 6^e jour du traitement spécifique la fièvre disparaît complètement et avec elle la céphalalgie et les étourdissements.

Citons enfin pour terminer les deux observations de M. Carrière rapportées dans la thèse de Bournoville (pages 78 à 87).

La 1^{re} est celle d'un homme de 25 ans, menuisier, qui depuis 15 à 20 jours éprouve des douleurs, des malaises généraux, le soir il a de la fièvre ; il est fatigué, incapable de travailler.

Deux jours avant son entrée à l'hôpital il a des frissons, une céphalée violente, de la rachialgie, des épistaxis, des vertiges et de la prostration : un médecin aurait trouvé une température de 38°5. Le lendemain mêmes signes avec bourdonnements d'oreilles, insomnie, bouche pâteuse, amère, langue saburrale, ventre douloureux, température 39°4 ; la fosse iliaque droite douloureuse présente un gargouillement. La diarrhée est liquide, copieuse, glaireuse, d'odeur fétide : au moyen des cultures classiques on y trouve du coli-bacille presque pur. La rate est hypertrophiée et douloureuse, le foie volumineux. Le pouls est à 140, dicrote.

La prostration est complète : le malade répond à peine, il marmotte. La parole est trémulante et on peut constater de la carphologie et des soubresauts.

La céphalée est très-intense, surtout nocturne, l'insomnie est absolue. Il existe de nombreuses taches rosées sur l'abdomen, sans relief, s'effaçant à la pression ; température 40°2 ; on pense à une *fièvre typhoïde*.

L'examen et l'ensemencement après ponction de la rate restent négatifs, le séro-diagnostic est également négatif. La température se maintient à 40. Le lendemain 31 août même état, séro-diagnostic toujours négatif, mais on remarque sur le corps l'apparition d'une éruption abondante, formée de papules très foncées à teinte cuivrée.

« Je pense dit M. Carrière, à la *typhose syphilitique* et me mets à rechercher les signes de la vérole.

« Je découvre sur le gland une petite cicatrice un coup d'ongle,

foncée, dure ; de plus le malade a eu mal à la gorge depuis 15 jours. Je trouve ensuite des adénopathies à la région cervicale postérieure, à l'aine avec un gros ganglion médian et au niveau de l'épitrochlée ».

Le traitement mercuriel est institué (Frictions mercurielles 6 gr.) : le 1^{er} septembre la température tombe à 38°2, le pouls à 75, le malade se sent mieux. bien que la céphalée persiste, la diarrhée est moins copieuse. Les jours suivants le mieux continue, l'état typhique disparaît, la fièvre est complètement tombée le 4 septembre.

Le 15 septembre le malade sort complètement guéri des accidents typhiques : le séro-diagnostic est resté négatif.

La 2^{me} observation de M. Carrière est celle d'un homme, alcoolique qui depuis quinze jours se plaignait de céphalée, d'insomnie, d'asthénie, d'épuisement. Il présentait en outre, quelques jours avant son entrée, des frissons, une fièvre élevée, des vertiges, de la rachialgie, puis la diarrhée et les épistaxis avaient fait leur apparition. Le 23 août à son entrée dans le service du Professeur Lemoine on constate sur les membres inférieurs une éruption formée de plaques arrondies, confluentes squameuses, disparaissant par la pression, sudation abondante, température à 40°, anorexie absolue, soif vive, selles liquides, glaireuses, très fétides. La langue est saburrale, humide, la gorge rouge. La céphalalgie est intense, l'insomnie absolue. L'abdomen est volumineux, la fosse iliaque droite douloureuse présente du gargouillement.

Les sueurs sont abondantes et on découvre sur l'abdomen de nombreuses taches rosées lenticulaires.

« J'interroge minutieusement le malade, dit M. Carrière ; il attribue son éruption à un bain de potasse et de farine de moutarde très chaud, pris il y a quinze jours. J'insiste : il avoue avoir eu des maux de gorges, il perd ses cheveux, ses sourcils. Je sens nettement des adénopathies à l'aine, au creux axillaire, à l'épitrochlée, à la région cervicale postérieure. Le malade avoue

qu'une plaque de tolle lui est tombée sur la verge. J'envoie quérir Tavernier : à ce nom il avoue qu'il connaît celui-ci et a été soigné par lui. Tavernier dit en effet avoir découvert sur le gland du malade un chancre dont il ne reste plus de trace. Ceci se passait il y a trois semaines ».

Un séro-diagnostic pratiqué le 24 août reste négatif, état stationnaire.

Le 25 août une amélioration légère se produit : la température tombe à 38°, le pouls à 75, le malade a moins de prostration, mais les autres symptômes persistent : le séro-diagnostic est toujours négatif. Les jours suivants l'amélioration se confirme et le malade sort guéri le 31 août, n'ayant jamais présenté de séro-diagnostic positif.

CONCLUSIONS

Nous résumons rapidement les différents points que nous considérons comme les plus importants.

I. La typhose syphilitique est une *phase de l'évolution de la syphilis secondaire*, qui, si elle n'est pas courante, ne doit pas être ignorée. La connaissance de ce phénomène est capitale au point de vue thérapeutique : une syphilis ne doit jamais passer inaperçue ; non seulement la santé du malade est en jeu, mais il faut tenir compte de sa descendance, et la précocité et la sûreté du traitement peuvent arriver à éviter, dans une certaine mesure, les accidents de l'hérédo-syphilis.

II. La typhose syphilitique *n'est pas une association entre la dothiéntenterie et la syphilis* : la pratique du séro-diagnostic qui reste négatif en est une preuve.

III. Le diagnostic se fera sur la *céphalée* d'allure particulière, la recherche des *antécédents syphilitiques*, la *négativité du séro-diagnostic*, la *positivité du Wassermann* (??).

IV. La pathogénie est obscure ; nous ne savons encore dans l'état actuel de nos connaissances, si nous devons l'attribuer à l'*hypervirulence du microbe* et à l'*affaiblissement du terrain* ; cependant ce sont les deux facteurs dominants de ce type particulier de l'infection syphilitique.

V. Le traitement doit être *immédiat, intensif*, mais conduit avec une *extrême prudence*.

Vu :
Nancy, le 14 Juin 1914.
LE PRÉSIDENT DE THÈSE,
ÉTIENNE.

Vu :
Nancy, le 15 Juin 1914.
LE DOYEN,
E. MEYER.

Vu et permis d'Imprimer :
Nancy, le 16 Juin 1914.
LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE,
CH. ADAM.
Correspondant de l'Institut

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

AHLMANN (Max). — Das Fieber im Eruptionnsstadium der Syphilis. (*Th. Greifswald*, 1895).

ANDRONICO. -- La fiebre syphil., *Lo Sperimentale*, 1886.

ANTONINI. — De la fièvre syphilitique. (*Th. Paris*, 1876).

BJAKOLUR. — Manifestations fébriles dans les stades tardifs de la syphilis. *Allegemeiner Wiener Medizinische Zeitung*, 7 février 1911.

BOURNOVILLE. — La typhose syphilitique. (*Thèse Lille*, 1901).

BUCQUOY. — Fièvre syphilitique — Diagnostic différentiel avec la fièvre typhoïde. *Gazette des Hôpitaux*, 1879, p. 843.

CARRIÈRE. — La typhose syphilitique. *Gazette des Hôpitaux*, 1901, n° 8, p. 63.

DE CASTELNAU. — Sur la fièvre syphilitique. *Ann. mal. peau*, 1845.

COURTAUX. — La fièvre syphilitique. (*Thèse Paris*, 1871).

FERGUSSON. — A case of syph. pyrex. *Journ. cut. et vener. diseases*, 1884.

A. FOURNIER. — Leçons sur la syphilis. (Paris, 1884).

— Traité de la syphilis. (Paris, 1905).

- HALLOPEAU et FOUQUET. — Traité de la syphilis. (Paris, 1911).
- HUNTER. — A treatise on the vener. cat. deases. (London 1876).
- JOURDAN. — La fièvre syphilitique tertiaire. *Archiv. für dermatologie und syphilis*, page 513, 1911.
- JULLIEN. — Traité des maladies vénériennes. (Paris, 1879).
- LANCEREAUX. — Traité de la syphilis. (Paris 1866).
- MONIER. — La fièvre syphilitique. (*Th. Bordeaux*, 1898).
- MORIN. — Contribution à l'étude clinique de la fièvre syphilitique. Typhose syphilitique. (*Th. Paris*, 1888).
- POTAIN. — Fièvre syphilitique, (*Gaz. Hôpitaux*, 1878, p. 961).
- RICHARD. — Des conditions dans lesquelles se développent les accidents secondaires de la syphilis. (*Th. Paris*, 1876).
- A. SCHEGELMANN. — Deux cas de syphilis tertiaire pris pour de la tuberculose. *Deutsche medizinische Wochenschrift*, n° 26, 1911.
- SCHUSLER. — Complications fébriles de la syphilis. *Archiv. f. Dermat.*, 1873.
- SISTO. — La fièvre syphilitique tertiaire. *Clinica medica Italia*, n° 6; 1911.
- VIALANEIX. — Etude sur la fièvre syphilitique prodromique de la période secondaire. (*Thèse Paris*, 1889).
-

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
INTRODUCTION	5
PREMIÈRE PARTIE	
La Fièvre syphilitique en général	
CHAPITRE I. — Généralités. Historique.	11
CHAPITRE II. — La Fièvre syphilitique	15
I. Fièvre symptomatique	16
II. Fièvre essentielle	16
1° Type intermittent.	17
2° — vague.	18
3° — continu : typhose syphilitique.	18
CHAPITRE III. — Observations personnelles	21
DEUXIÈME PARTIE	
La Typhose syphilitique	
CHAPITRE I. — Etiologie	33
CHAPITRE II. — Symptomatologie.	35
1° Etat fébrile.	35
2° Phénomènes d'adynamie.	38
CHAPITRE III. — Evolution et pronostic	41
CHAPITRE IV. — Anatomie pathologique.	43
CHAPITRE V. — Pathogénie.	45
CHAPITRE VI. — Diagnostic	49
CHAPITRE VII. — Traitement.	59
CHAPITRE VIII. — Observations.	65
CONCLUSIONS	83
INDEX BILLIOGRAPHIQUE	85

